
Recueil de mém
de med, chir et
Pharm. militaires
48. 1840
S
7342

RECUEIL

DE MÉMOIRES

DE MÉDECINE,

DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

IMPRIMERIE DE L. BOUCHARD-HUZARD,
rue de l'Eperon, n° 7.

RECUEIL
DE MÉMOIRES
DE MÉDECINE,
DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
MILITAIRES,

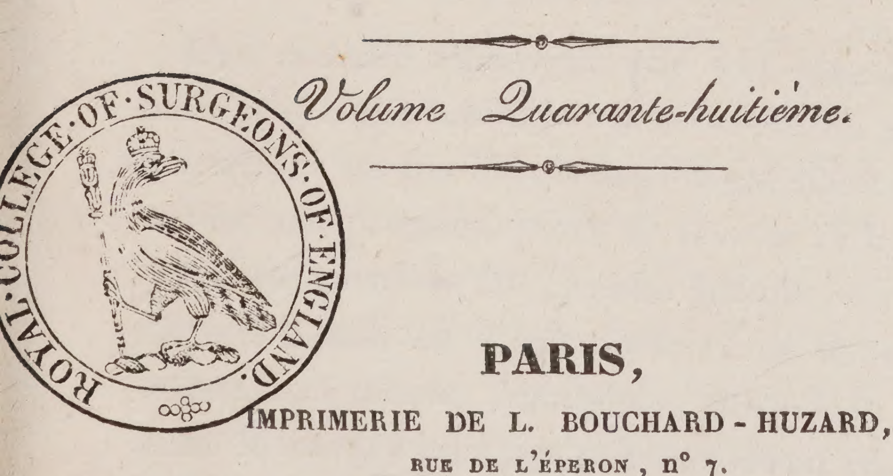
FAISANT SUITE AU JOURNAL QUI PARAISSAIT SOUS LE MÊME TITRE.

Rédigé, sous la surveillance du Conseil de Santé,

Par MM. ESTIENNE, ancien Médecin principal des armées; BÉGIN, Chirurgien en chef, premier Professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg; et JACOB, ancien Pharmacien-major des armées.

PUBLIÉ PAR ORDRE DE S. EXC. LE MINISTRE SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU DÉPARTEMENT DE LA GUERRE.

Volume Quarante-huitième.



PARIS,
IMPRIMERIE DE L. BOUCHARD-HUZARD,
RUE DE L'ÉPERON, n° 7.

1840.

MÉMOIRES

DE MÉDECINE,

DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

MILITAIRES.

HISTOIRE

DE

L'ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE,

OBSERVÉE A L'HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES,

en 1839;

par M. le Dr FAURE-VILLAR,

médecin en chef de cet établissement.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Une maladie effrayante par son invasion subite, sa marche rapide, et sa terminaison souvent mortelle, s'est manifestée dans la garnison de Versailles, aux premiers jours de février 1839. Bien que cette garnison fût, à cette époque, composée de trois bataillons d'infanterie et de deux régiments de cavalerie, l'épidémie, jusqu'à la fin du mois de mars, s'est à peu près bornée au 18e léger.

Ce corps avait reçu, du 16 au 22 janvier, deux cent vingt-six recrues, provenant des

départements de la Vienne, Indre-et-Loire et Loir-et-Cher. Ces jeunes gens avaient fait une route longue et fatigante, sous des conditions atmosphériques très-rigoureuses. Ceux de la Vienne s'accordaient à se plaindre d'avoir été surmenés pendant le voyage : le chef de leur détachement les faisait, disaient-ils, partir longtemps avant le jour, et exigeait qu'ils fussent arrivés de très-bonne heure à l'étape. C'est sur les jeunes soldats de cette dernière catégorie qu'a sévi spécialement l'épidémie. En effet, ce détachement, fort de cent cinquante-trois hommes, a fourni soixante-dix-neuf malades, qui ont été envoyés à l'hôpital, et quarante-sept qui ont été conservés à la caserne.

Sur la demande des officiers de santé en chef de l'hôpital, les casernes occupées par le 18e léger, dans les rues de la Bibliothèque et des Récollets, avaient été, dès les premiers jours, l'objet d'une visite scrupuleuse. Nous avions constaté que quelques chambres laissaient à désirer, sous le rapport de l'air et de la lumière, et que d'autres recevaient un trop grand nombre de lits.

Quoique ces causes d'insalubrité, communes aux autres casernes, ne fussent pas d'un caractère assez grave pour rendre raison du développement de la maladie, et de la prédilection qu'elle affectait, l'évacuation du local fut demandée, dans

le but de relever le moral du bataillon, affaibli par le spectacle de tant d'agonies commencées sous ses yeux.

Cette mesure, exécutée le 5 mars, paraît avoir produit un effet avantageux : en effet, dans le mois qui a suivi, le 18ᵉ n'a fourni que dix-neuf malades, tandis que le mois précédent avait produit quatre-vingt-deux malades et vingt-quatre décès.

Vers le milieu de mars, l'épidémie était dans une voie manifeste de décroissement, quant au nombre des malades, mais la violence des derniers cas ne permettait pas de croire à la terminaison de la maladie. En effet, une première recrudescence s'est manifestée à la suite d'une revue, pendant laquelle le 18ᵉ léger a été exposé, pendant plusieurs heures d'immobilité, à l'action d'un froid vif et pénétrant. Les derniers jours du mois ont fourni fort peu de malades; mais une seconde recrudescence, due sans doute aux variations excessives de l'atmosphère et aux fatigues de l'instruction militaire, est survenue au commencement d'avril, et a frappé quelques militaires des autres corps de la garnison.

A la fin de mars, deux compagnies ont été détachées à Chartres, et ont fourni, dès leur arrivée, deux malades qui ont succombé à l'hospice de cette ville. Les renseignements fournis par le

médecin de cet établissement prouvent qu'ils étaient atteints de la maladie régnante.

Une nouvelle recrudescence, survenue dans les premiers jours de mai, a coïncidé avec l'élévation subite de la température, et a spécialement atteint le bataillon du 14e de ligne, caserné au côté sud de l'avenue de Paris. Ce corps recevait, à cette époque, un grand nombre de jeunes soldats des départements d'Eure-et-Loir, Loir-et-Cher et Calvados.

La visite de la caserne a fait constater les mêmes causes d'insalubrité que nous avions rencontrées dans celles du 18e léger, et des mesures ont été prises pour les faire disparaître.

Pendant que l'épidémie sévissait sur le 14e de ligne, elle abandonna, durant trente-cinq jours, du 19 avril au 24 mai, le 18e léger; mais, à cette dernière époque, elle y reparut, pour frapper des recrues récemment arrivées.

Il est à remarquer que, dans cette nouvelle invasion, six malades, frappés simultanément, habitaient ensemble une chambre du premier étage, vaste, mais mal aérée, et située au-dessus des lieux d'aisance, dont le curage avait eu lieu pendant la nuit précédente.

A dater du mois de juin, le nombre des malades a sensiblement diminué, et nous n'en avons plus reçu depuis le 20 juin, si ce n'est un cas

isolé du 4e de ligne, qui est entré le 4 juillet. Ce dernier corps venait d'arriver à Versailles.

Tableau de la maladie, de 10 en 10 jours.

DATES.	MALADES.	DÉCÈS.	
du 4 au 10 févr.	17	9	
11 20	41	11	
21 28	14	6	
du 1er au 10 mars.	16	5	
11 20	8	5	(y compris un malade qui a succombé à une pneumonite.)
21 31	2	1	(non compris les 2 de Chartres.)
du 1er au 10 avril.	4	3	
11 20	12	5	
21 31	1	»	
du 1er au 10 mai.	6	3	
11 20	8	6	(y compris un malade mort dans ses foyers.)
21 30	13	7	
du 1er au 10 juin.	6	4	
11 20	5	1	
15 juillet.	1	»	
Total....	154	66.	Mortalité 42 o/o.

On voit, par ce tableau, que la gravité des cas et la proportion des décès se sont maintenues à peu près à la même hauteur pendant toute la durée

de l'épidémie. Ce fait est en opposition avec les observations des historiens d'épidémies, et la loi formulée par Schnurrer et Sydenham.

On sait, en effet, qu'ils ont comparé la marche des épidémies à celle des maladies individuelles, où l'on remarque les périodes bien tranchées d'invasion, d'accroissement, d'état et de terminaison.

La maladie s'est répartie, d'une manière très-inégale, parmi les corps de la garnison, bien que tous eussent reçu des recrues à la même époque, et qu'ils fussent placés sous des conditions hygiéniques à peu près identiques.

Répartition des malades dans les corps.

CORPS.	MALADES.		DÉCÈS.		OBSERVATIONS.
	anciens	recrues	anciens	recrues	
4e de ligne.	»	1	»	»	Corps arrivé récemment.
14e *id*....	7	18	4	11	Un de ces morts est décédé dans ses foyers.
15e *id*....	2	2	»	»	
55e *id*....	1	»	1	»	Venu de Saint-Cloud et entré à l'hôpital atteint de pneumonite.
18e léger...	37	79	5	43	
4e cuirass..	»	2	»	1	Complication tuberculeuse.
2e hussards	4	1	»	1	
	51	103	10	56	
Total....	154		66		

Comme on le voit par ce tableau, le 18e léger et le 14e de ligne ont fait, à peu près, tous les frais de l'épidémie; mais c'est surtout sur les jeunes soldats qu'elle s'est appesantie et qu'elle a présenté les symptômes les plus graves. En effet, sur cent cinquante-quatre malades, cent trois étaient des recrues, et ont fourni cinquante-six décès; tandis que, sur cinquante-un anciens, il n'y en a eu que dix. Ainsi la mortalité des anciens n'a été que de vingt et un sur cent, tandis que celle des recrues a été de cinquante-quatre sur cent.

Outre les malades traités à l'hôpital, cent cinquante environ, appartenant au 14e de ligne, au 18e léger et au 2e de hussards, ont présenté, à la caserne, des prodromes de la maladie; mais leur développement paraît avoir été enrayé par des saignées copieuses, toutes les fois que le chirurgien du corps a été appelé dès l'invasion. C'est ce qui résulte des observations de MM. Bain, chirurgien-major du 2e de hussards, Jourdain et Delmas, chirurgiens-aides-majors au 14e de ligne et au 18e léger.

Dans aucun cas, la maladie n'a paru susceptible de transmission ; aucune des nombreuses personnes employées à soigner les malades ne fut atteinte, et deux hommes seulement ont été frappés, après être entrés à l'hôpital pour d'autres affections.

Faisons remarquer encore que l'épidémie a débuté brusquement par les cas les plus graves, sans que des affections de même nature, mais plus bénignes, eussent préparé son arrivée. C'est ainsi que le premier décès a eu lieu après une heure d'invasion, et un seul malade, jusque-là, avait offert, deux jours auparavant, les signes d'une irritation encéphalique légère, qui n'était pas de nature à fixer l'attention.

Avant de tracer l'histoire générale de l'épidémie, je présenterai un certain nombre d'observations particulières, choisies de manière à donner une idée exacte de la gravité comparative des cas, des formes diverses de la maladie, de ses modes variés de terminaison, et des lésions anatomiques les plus remarquables qu'elle a laissées dans les organes.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

§ Ier. *Cas légers.*

PREMIÈRE OBSERVATION.

M***, fourrier au 18e léger, entré à l'hôpital dans la journée du 13 février, plusieurs malades étant déjà atteints de l'épidémie. Le soir, il est pris subitement de vertiges, d'éblouissements, de céphalalgie et d impossibilité de se soutenir sur les

jambes. Au moment où il est apporté, le chirurgien de garde lui fait une saignée de 750 grammes et lui applique seize sangsues aux tempes.

Le 14, la tête est tout à fait libre; le pouls et la langue sont à l'état normal; la saignée a fourni un coagulum abondant. La convalescence est immédiate, et le malade sort le douzième jour.

DEUXIÈME OBSERVATION.

B***, ancien soldat du 18e léger, est pris, dans la nuit du 13 au 14 février, de vertiges, de chaleur, d'oppression, avec douleur à la tête et aux extrémités inférieures. Arrivé à l'hôpital le 14, on lui fait une saignée de 500 grammes, une application de trente sangsues aux tempes et de cataplasmes sinapisés aux pieds.

2e jour. La saignée a fourni un caillot qui nage dans une sérosité trouble; la céphalalgie a diminué; les douleurs des membres ont disparu.

3e jour. Convalescence, alimentation.

9e jour. Constipation depuis quelques jours. Prescription de 45 grammes de sulfate de soude.

10e jour. Le malade s'est exposé au soleil dans la cour; il a immédiatement senti des étourdissements, comme s'il avait bu. Le pouls est fréquent et élevé. Une saignée de 250 grammes et un bain de pieds sinapisé font encore cesser ces accidents.

Sortie le 28e jour.

TROISIÈME OBSERVATION.

C***, du 18e léger, recrue de la Vienne, est atteint, le 22 février au matin, de céphalalgie intense, suivie de vomissements. Envoyé le soir à l'hôpital, il est saigné dès son arrivée.

2e jour. La saignée a fourni un caillot riche et d'une couleur très-vive ; la céphalalgie est moins forte ; pouls plein et lent ; pupilles dilatées et immobiles ; langue naturelle ; constipation. Diète, limonade, saignée de 625 grammes, qui fournit une couenne très-épaisse ; lavement purgatif ; le soir, application de trente sangsues aux apophyses mastoïdes.

3e jour. Le malade n'éprouve plus de douleurs, mais il se plaint d'avoir les yeux brouillés. Sulfate de soude, 45 grammes le matin et trente le soir : il n'en résulte qu'une selle.

4e jour. Même état. Potion stibiée à 3 décigrammes, qui détermine quelques vomissements.

5e jour. Vésicatoire à la nuque, 3 décigrammes de calomel et lavement purgatif.

6e jour. Éruption pustuleuse autour de la bouche ; la vision est toujours trouble. Sulfate de soude, quarante-cinq grammes, et vingt sangsues aux tempes.

A dater de ce jour, amélioration graduelle, appétit vif, vision nette.

Sortie le dix-huitième jour.

Ces trois observations offrent les nuances successives que présente la congestion sanguine avant d'arriver à l'état d'inflammation, et de se fixer dans les méninges.

§ II. *Cas graves terminés par la guérison.*

QUATRIÈME OBSERVATION.

B***, du 18e léger, recrue de Loir-et-Cher, est atteint, le 20 février, de céphalalgie et de vomissements. Le chirurgien du corps lui pratique, le lendemain matin, une saignée, et l'envoie à l'hôpital, où on lui fait une application de quarante sangsues derrière les oreilles. Le soir, je trouve la céphalalgie disparue; la pupille est dilatée et le pouls régulier. Diète, limonade.

3e jour. La tête est pesante; on remarque quelques pétéchies lenticulaires brun foncé sur la poitrine et l'abdomen; constipation. Lavement purgatif, vingt sangsues aux tempes.

4e jour. Amélioration. Calomel, 2 décigram.

5e jour. La face est colorée et le pouls élevé; éruption pustuleuse à la bouche; langue naturelle.

6e jour. Épistaxis médiocre; pas de changement. Continuation du calomel.

7e jour. Agitation pendant la nuit; le facies est un peu étonné; aucune douleur. Quatre ven-

touses scarifiées à la nuque, lavement purgatif.

10e jour. Apparition de pustules varioliformes sur l'épaule droite et à la partie supérieure du sternum ; quelques-unes sont ombiliquées. Le soir, agitation et pouls élevé, saignée de 375 grammes, formation d'un caillot peu considérable.

11e jour. Douleurs vagues sans siége déterminé.

12e jour. Le pouls a perdu sa dureté; les yeux n'ont plus leur éclat morbide; l'appétit se déclare. Continuation du calomel à 3 décigrammes; suppuration des piqûres de sangsues, et dessiccation des pustules varioliformes; aliments légers.

24e jour. Douleurs lombaires. Emplâtre stibié sur cette région.

40e jour. Retour d'une céphalalgie légère, qui cède à un vésicatoire à la nuque.

49e jour. Le malade quitte l'hôpital avec un congé de convalescence.

CINQUIÈME OBSERVATION.

C***, du 18e léger, recrue de la Vienne, entre à l'hôpital, le 16 février, à une heure du matin, dans l'état suivant : vomissements bilieux abondants; pupilles dilatées; coma et délire bruyant. Saignée de 500 grammes, trente sangsues derrière les oreilles.

2e jour. Intelligence libre; céphalalgie diminuée; langue naturelle; abdomen indolent; cons-

tipation; pouls régulier. Applications froides sur le front; lavement purgatif.

3e jour. Douleur vive à la nuque. Le lavement est réitéré; six ventouses scarifiées à la nuque.

4e jour. Céphalalgie frontale. Application froide; seize sangsues aux tempes; lavement purgatif.

5e jour. Langue sèche et brune au centre; agitation et chants durant la nuit; face colorée; pouls régulier. Le malade n'accuse aucune douleur. Lavement émollient.

6e jour. Pouls plein et rebondissant. Saignée de 190 grammes.

7e jour. L'élévation du pouls est tombée : le soir, épistaxis.

9e jour. Douleur à la tête et au cou; langue sèche; pouls lent; odeur de souris. Application de quatre ventouses à la nuque : disparition des douleurs.

10e jour. A dater de ce jour, amélioration graduelle; aliments légers. Épistaxis le dix-septième jour, et sortie le trente-quatrième.

Ces deux observations ont offert quelques rapports avec l'affection typhoïde, par l'état de la langue et du facies; toutefois il n'y a eu ni diarrhée ni météorisme. L'apparition des douleurs de la nuque et des lombes indique l'élargissement du domaine morbide.

SIXIÈME OBSERVATION.

C***, du 18e léger, recrue de la Vienne, entre à l'hôpital, le 6 février, dans un état comateux, dont on le tire difficilement. Les pupilles sont dilatées et immobiles; la face est pâle, la vision trouble, le pouls élevé, sans fréquence; langue naturelle; constipation; céphalalgie; réponses justes; saignée de 625 grammes; lavement émollient.

2e jour. Pas de changement. Applications froides sur le front; vingt sangsues aux tempes.

3e jour. Seize sangsues aux tempes, réitérées le soir; lavement purgatif; cataplasmes sinapisés aux extrémités.

4e jour. Réaction; pouls roide et élevé; éruption pustuleuse aux lèvres; saignée de 500 grammes, qui fournit une couenne épaisse. Le soir, la saignée est réitérée; seize sangsues aux apophyses mastoïdes.

5e jour. Amélioration. Le soir, exacerbation; céphalalgie; face colorée; vingt sangsues aux tempes.

6e jour. Céphalalgie légère; pouls lent; langue humide et jaunâtre : 64 grammes de manne, qui déterminent trois selles.

7e jour. Tête libre; vision nette; face pâle; dessiccation des pustules. Appétit.

Du 8e au 21e jour. L'amélioration se soutient; la

face reste pâle et le pouls lent, bien que le malade soit à la demi-portion.

23ᵉ jour. Douleur à la tête et au cou; langue sèche; pouls un peu élevé, sans fréquence. Le malade ne s'est pas plaint la veille, dans la crainte de voir diminuer ses aliments. Saignée de 375 gram., qui fournit un coagulum consistant.

24ᵉ jour. Vésicatoire à la nuque. Le soir, réaction; pouls bondissant. Saignée de 250 grammes.

25ᵉ jour. A dater de ce jour, la convalescence marche rapidement; mais le malade reste pâle, et le pouls varie entre quarante et cinquante pulsations.

35ᵉ jour. Apparition de pustules varioliques sur la face, les bras et la poitrine, sans mouvement fébrile. Le malade n'a pas été vacciné.

39ᵉ jour. Dessiccation. Sortie le cinquante-quatrième jour.

SEPTIÈME OBSERVATION.

C***, jeune soldat du 14ᵉ de ligne, entre à l'hôpital le 18 avril; il accuse une céphalalgie intense, et le chirurgien de garde lui pratique une saignée de 625 grammes, qui fournit une couenne épaisse. Au milieu du jour survient le délire avec une grande agitation. Application de trente sangsues derrière les oreilles et de compresses froides d'oxycrat sur le front. A trois

heures, je le trouve sans connaissance; les pupilles sont immobiles; la face est colorée; les paupières sont fermées et résistent à l'effort qu'on fait pour les ouvrir; le pouls est faible et régulier. Dix sangsues en permanence aux tempes; applications froides sur le front.

2ᵉ jour. Le malade répond aux questions et accuse une vive douleur au front; pas de changement dans le pouls; constipation. Calomel, 4 décigram.; continuation des applications froides et des sangsues; il y en a eu soixante appliquées dans la journée d'hier. Le soir, agitation légère.

3ᵉ jour. Aucune douleur. Hier, soixante-quinze sangsues ont été appliquées au malade. Le calomel a produit deux selles; on le continue.

4ᵉ jour. État satisfaisant. Bouillon maigre.

5ᵉ jour. Même état que la veille. Sulfate de soude continué, à la dose de 16 grammes, jusqu'au neuvième jour.

9ᵉ jour. Appétit : soupe, pruneaux.

10ᵉ jour. Céphalalgie frontale, qui cède à douze sangsues et aux applications froides.

11ᵉ jour. Encore un peu de douleur; langue saburrale. Potion stibiée à 4 décigrammes, qui détermine quatre selles : elle est renouvelée le lendemain.

Les jours suivants, convalescence rapide. Sortie le dix-septième jour.

HUITIÈME OBSERVATION.

F***, recrue du 18e léger, est apporté à l'hôpital, le 29 mai au matin. Ce malade est sans connaissance; le pouls est plein et lent; la face est colorée : nous manquons de renseignements sur son état antérieur. Potion avec le sulfate de quinine, 12 décigrammes, que le malade refuse de prendre. Le soir, on administre 18 décigrammes de ce sel en lavement. Il y a eu des vomissements dans la journée.

2e jour. L'intelligence est libre; le malade n'accuse aucune douleur; la face est colorée, la langue sèche, le pouls faible et régulier.

Application de douze sangsues aux tempes; potion avec 6 décigrammes de sulfate de quinine; vésicatoires aux jambes, destinés à recevoir chacun, le soir, 6 décigrammes du même sel. Le soir, nouveaux vomissements; apparition de taches pourprées sur le tronc; douze sangsues aux tempes; applications froides sur le front.

3e jour. État satisfaisant. Lavement avec 12 décigrammes de sulfate de quinine.

4e jour. Même état. Potion avec 4 décigrammes de sulfate de quinine. Le malade demande un peu de lait. Le soir, agitation accompagnée d'un léger délire.

5e jour. Le malade est bien. Potion avec 6 décigrammes de sulfate de quinine.

6e jour. A dater de ce jour jusqu'au 18e, l'amélioration est sensible. Le malade prend encore 9 décigrammes de sulfate en deux jours; il ne lui reste qu'une dureté d'ouïe qui diminue de jour en jour : les gencives sont recouvertes de plaques pultacées blanches, et la bouche est couverte de l'éruption pustuleuse accoutumée.

19e jour. Douleur à la tempe gauche, qui cède à une application de douze sangsues et à un bain de pied sinapisé.

22e jour. La douleur revient, et disparaît à la suite d'une application de dix sangsues; mais elle est remplacée par un bourdonnement incommode, qu'un vésicatoire enlève. Sortie du malade le quarantième jour.

Ces deux dernières observations présentent, dans le délire, la perte de connaissance et l'éruption pourprée; symptômes nouveaux, qui indiquent des lésions plus intenses et plus étendues.

Dans la dernière, le sulfate de quinine a été associé empiriquement aux émissions sanguines, sans qu'il soit possible de déterminer bien nettement la part que chacun de ces moyens réclame dans la guérison.

NEUVIÈME OBSERVATION.

P***, ancien soldat du 14e de ligne, entre à l'hôpital, le 27 mai, dans l'état suivant : céphalalgie frontale intense; vomissements bilieux; pouls fréquent sans plénitude; taches pourprées sur le tronc, ne disparaissant pas par la pression; les bras sont couverts d'une rougeur vive, analogue aux plaques de la scarlatine. Douze sangsues aux tempes; applications froides; lavement avec 2 grammes de sulfate de quinine. Le soir, le malade perd connaissance. Potion avec 6 décigrammes du même sel.

2e jour. Douleur à la région occipitale; intelligence libre. Dix sangsues derrière chaque oreille; applications froides; lavement avec 2 grammes de sulfate de quinine.

3e jour. Amélioration. Lavement avec 12 décigrammes de sulfate de quinine; continuation des applications froides.

Du 4e au 6e jour. La douleur est remplacée par un bruit de vent dans la tête. Potions avec 4 et 3 décigr. de sel amer; un peu de lait pour aliment.

8e jour. Retour de la douleur occipitale. Vésicatoire à la nuque; potion avec 4 décigrammes de sulfate de quinine.

9e jour. Continuation de la potion, et application de 6 décigr. du même sulfate sur le vésicatoire.

10e jour. Douleur à la région frontale. Six sangsues au front; potion avec 5 décigrammes de sulfate de quinine réitérée le lendemain.

12e jour. Douleur au vertex; intelligence libre; insomnie; pouls régulier; constipation. Huit sangsues au vertex, suivies d'applications froides; lavement émollient.

13e et 14e jour. Pas de changement.

15e jour. Frictions mercurielles de quatre grammes sur le vertex : soulagement marqué. Le malade sort pour la première fois.

18e jour. Retour de la douleur au vertex. Six sangsues et des applications froides procurent du soulagement.

20e jour. La douleur reparaît et cède à un vésicatoire appliqué sur le point douloureux.

A dater de ce jour, convalescence franche.

Sortie le trente-cinquième jour.

DIXIÈME OBSERVATION.

B***, du 18e léger, recrue d'Indre-et-Loire, entre à l'hôpital, le 11 février, dans l'état suivant : pouls fréquent et plein; face colorée; céphalalgie intense; pupilles dilatées et immobiles; langue naturelle; pétéchies lenticulaires, d'une couleur pourprée vive, sur la poitrine. Saignée de 500 grammes, répétée le soir : le sang fournit de la sérosité et un coagulum dans les proportions ordinaires.

2e jour. Douleur à la tête et à l'abdomen; face pâle; langue saburrale; constipation; pouls petit et lent. Lavement émollient qui produit deux selles; sinapismes aux extrémités.

3e jour. Pouls plein et lent; vision nette; douleur au fond des orbites; soif vive. Seize sangsues aux tempes; lavement purgatif.

4e et 5e jours. Diminution de la douleur orbitaire. Calomel, 4 décigrammes.

6e jour. Douleur à la tête et à la région lombaire. Calomel, 2 décigrammes; applications de quatre ventouses scarifiées à la nuque.

Du 7e au 11e jour. Amélioration; appétit. Le malade mange la bouillie.

12e jour. Retour de la céphalalgie : elle cède à une application de vingt sangsues derrière les oreilles; le sulfate de soude est donné à la dose de trente grammes, et continué les jours suivants.

16e jour. Le soir, céphalalgie intense; face colorée; pouls plein. Je fais pratiquer une saignée de 625 gram., qui fournit une couenne épaisse.

17e jour. Plus de douleurs; le pouls est lent et intermittent. Bouillon maigre; lavement purgatif. État satisfaisant les jours suivants : le pouls est à quarante-huit pulsations.

23e jour. Céphalalgie légère, qui, le soir, devient plus intense, et s'accompagne de chaleur et de coloration de la face. Vésicatoire à la nuque;

saignée de 375 grammes, qui donne un caillot adhérent aux parois du vase. Calomel, 2 décigrammes.

Du 24ᵉ au 26ᵉ jour. Continuation du calomel.

27ᵉ jour. Le malade a souffert de la tête pendant la nuit : il dit avoir un jour bon et un jour mauvais. Potion avec sulfate de quinine, 2 décigrammes.

28ᵉ jour. Potion nouvelle avec 4 décigrammes du même sel. Dans la nuit, le malade est pris de vomissements et de douleurs intermittentes très-intenses : B*** les caractérise en disant qu'on lui enfonce une lancette dans le front.

29ᵉ jour. Le malade est tranquille, ainsi que le jour suivant. Il prend 4 décigrammes de sulfate de quinine dans une potion opiacée.

31ᵉ jour. Même prescription. Le pouls est remonté à soixante-deux pulsations. Le soir, retour des douleurs : il semble au malade qu'on lui arrache les yeux. Des cataplasmes sinapisés le soulagent.

32ᵉ jour. Tranquillité complète. Soupe et bouillie; potion avec 6 décigrammes de sulfate de quinine.

33ᵉ jour. Même état. Potion avec 3 décigrammes de sulfate de quinine. A midi survient une céphalalgie très-forte, accompagnée d'une réaction fébrile intense. Le malade n'avait pris encore que le

tiers de sa potion ; dans la nuit, il a des vomissements.

34e jour. Plus de douleurs ; bouche mauvaise ; constipation. Sulfate, 3 décigrammes ; lavement émollient.

35e jour. Potion continuée le matin. A onze heures, nouvel accès de céphalalgie, avec vomissements et sensation de morsures aux tempes, surtout du côté gauche. Sinapismes aux extrémités inférieures.

36e jour. Retour de l'accès le soir, avec vomissements et coloration de la face. Potion avec 8 décigrammes de sulfate de quinine.

37e jour. Nouvel accès le soir. Suspension du sulfate de quinine.

38e et 39e jours. Le malade se trouve bien. Bouillie ; potion opiacée le soir.

40e jour. Application de deux cautères à la nuque.

41e jour. Retour des vomissements et de la céphalalgie dans la soirée.

42e jour. Nouvel accès le soir.

43e jour. Accès à midi, suivi d'un état comateux, pendant lequel la respiration est stertoreuse, la face colorée, la bouche écumeuse. Le malade est sans connaissance.

44e jour. Accablement extrême ; intelligence libre. Potion opiacée avec 6 décigrammes de sul-

fate de quinine, qui détermine quelques vomissements ; vésicatoires aux jambes.

45ᵉ jour. Nouveaux vomissements ; céphalalgie légère ; pupilles très-dilatées ; pouls à quarante-cinq pulsations ; constipation. Application de 8 décigrammes de sulfate sur chaque vésicatoire ; lavement émollient ; bouillon maigre et lait.

A dater de ce jour, il n'y a plus eu d'accès. Le sulfate de quinine est continué à dose décroissante sur les vésicatoires. L'appétit revient en même temps que les forces : les extrémités se dépouillent, comme à la suite de la scarlatine ; pâleur permanente et amaigrissement très-prononcé.

55ᵉ jour. Le malade mange la demie et boit de l'eau vineuse édulcorée.

64ᵉ jour. Il n'attend, pour aller en convalescence, que la guérison de ses vésicatoires, qui sont ulcérés. Il prend un bain et sort le soixante-neuvième jour.

Cette observation est très-remarquable, par l'intermittence régulière qu'ont offerte les accès de céphalalgie. Dès le vingt-septième jour, cette périodicité nous est signalée par le malade lui-même, alors que deux accès seulement, ceux du vingt-troisième et du vingt-sixième jour, n'avaient encore pu donner que des soupçons.

Les accès semblent passer successivement du type quarte au tierce ; puis ils reviennent pen-

dant trois jours consécutifs et reprennent le type tierce au quarante-unième jour. L'accès du quarante-troisième jour a été accompagné de symptômes apoplectiques, qui donnaient à la maladie de la ressemblance avec la variété de fièvre pernicieuse décrite sous ce nom. Le sulfate de quinine, associé à l'opium, est employé et diminue l'accès suivant, bien que l'estomac n'ait pu le supporter. Enfin l'emploi endermique du sulfate réussit à triompher d'une intermittence opiniâtre, et permet de rétablir les forces du malade par une alimentation prudemment ménagée.

ONZIÈME OBSERVATION.

G***, du 18e léger, recrue de la Vienne, est atteint, le 10 février, de frissons et de vomissements suivis d'une céphalalgie intense. Arrivé le lendemain matin à l'hôpital, il accuse une douleur vive à la région frontale; la face est pâle, les pupilles dilatées et immobiles, l'intelligence libre, la langue humide et jaunâtre, le pouls lent et sans élévation ; on remarque sur le tronc un petit nombre de pétéchies lenticulaires d'une couleur foncée.

Diète ; limonade ; vingt sangsues aux tempes ; sinapismes aux extrémités. Le soir, moiteur et état comateux. Renouvellement des sinapismes ;

seize sangsues aux tempes et applications froides sur le front.

3ᵉ jour. Pouls plein et fréquent ; la tête et la nuque sont tellement douloureuses que le malade ne peut les poser sur l'oreiller. Saignée de 375 grammes, suivie d'un peu de calme. Le soir, application de vingt sangsues aux tempes ; lavement purgatif.

4ᵉ jour. Roideur du cou et renversement de la tête en arrière ; persistance des douleurs ; épistaxis ; plusieurs selles. Vingt sangsues à l'angle des mâchoires ; deux potions gommeuses, avec addition de 12 décigrammes de chlorure de chaux dans chacune.

5ᵉ jour. La tête est moins douloureuse ; le malade souffre à la partie antérieure du cou ; engorgement des ganglions cervicaux. Cataplasmes au cou.

6ᵉ jour. Pas de changement. Application de six ventouses scarifiées à la nuque.

7ᵉ jour. Les douleurs se propagent à la région lombaire. Application de dix ventouses scarifiées sur ce point et de vingt sangsues à la nuque.

8ᵉ jour. Diminution des douleurs, soif vive. Douze sangsues aux tempes ; calomel, 3 décigr.

9ᵉ jour. Décubitus abdominal ; pouls plein ; moiteur abondante depuis le matin.

10ᵉ jour. Le malade n'éprouve plus de dou-

leurs et commence à fléchir la tête ; le facies est naturel ; le pouls régulier et lent ; il y a eu deux selles. Bouillon coupé.

11ᵉ jour. A dater de ce jour, amélioration progressive. Alimentation légère. Le pouls se maintient longtemps encore à trente-sept pulsations.

27ᵉ jour. Le malade mange la demi-portion ; le soir, il ressent un léger mouvement fébrile, suivi de moiteur pendant la nuit.

28ᵉ jour. Apyrexie. Potion avec 2 décigrammes de sulfate de quinine.

29ᵉ jour. Même prescription. A midi, léger accès de fièvre.

Du 30ᵉ au 36ᵉ jour. Continuation du sulfate de quinine. La fièvre ne reparaît plus ; le pouls remonte à cinquante-sept pulsations, dès le trente-deuxième jour. Le malade demeure à l'hôpital jusqu'au soixantième jour, et en sort pour aller en convalescence.

On ne peut méconnaître, dans cette observation, la coïncidence qui a existé entre la transpiration abondante du neuvième jour et l'amélioration notable qui a daté de ce moment. Remarquons aussi les accès qui se sont présentés, sous le type tierce, pendant la convalescence. Cette tendance de la maladie à la forme intermittente, lorsqu'elle est arrivée sur son déclin, a été observée chez un grand nombre de malades ;

M. Guersent l'a signalée également dans l'article *Méningite* du Dictionnaire en vingt-cinq volumes.

C'est dans cette observation que nous rencontrons, pour la première fois, les signes qui annoncent l'extension de la maladie à la méninge rachidienne.

DOUZIÈME OBSERVATION.

L***, recrue du 18e léger, est atteint, le 11 février au soir, de frissons suivis d'une céphalalgie intense; il entre à l'hôpital le lendemain, et le chirurgien de garde lui applique vingt sangsues aux tempes.

3e jour. La céphalalgie persiste; le pouls est régulier; langue naturelle; abdomen indolent; constipation. Diète; limonade; potion purgative, suivie de deux selles. Le soir, réaction fébrile, accompagnée de vomissements. Vingt sangsues aux tempes.

4e jour. La nuit a été agitée; coloration de la face; renversement de la tête en arrière; roideur douloureuse du cou. Seize sangsues derrière les oreilles; lavement émollient; cataplasmes sinapisés aux extrémités.

5e jour. Pouls faible et régulier; douleurs à la tête, à la nuque et dans la région lombaire. Calomel, 2 décigrammes; six ventouses scarifiées aux lombes. Le soir, épistaxis; somnolence; cou

douloureux et tendu en avant. Cataplasme sur cette région.

6e jour. Même état. Vingt sangsues à la nuque; calomel, 3 décigr. Le soir, un peu de réaction.

7e jour. Décubitus abdominal; éruption pustuleuse autour de la bouche. Lavement purgatif.

8e jour. Amélioration; appétit. Bouillon coupé.

9e jour. Je m'aperçois que le pouls est insensible à gauche, tandis qu'il est vibrant du côté droit.

10e jour. Pas de changement. Le onzième jour, accès de fièvre à midi.

12e jour. Sulfate de quinine, 2 décigrammes.

13e jour. Céphalalgie et agitation pendant la nuit. Applications de quatre ventouses scarifiées à la nuque.

14e jour. Apyrexie.

15e jour. Retour de la céphalalgie. Application d'un vésicatoire à la nuque. Le soir, exacerbation fébrile; douleur frontale. Six sangsues, suivies d'applications froides sur le point douloureux.

16e jour. Apyrexie.

17e jour. Accès à onze heures.

18e jour. Le malade prend une potion avec 2 décigram. de sulfate de quinine. Un léger accès de fièvre a lieu dans la journée. Le soir, administration de 4 décigrammes de sulfate en lavement.

19e jour. Le malade a eu la fièvre pendant la nuit; il se cache sous sa couverture et n'accuse

aucune douleur ; mais son corps est roide et tendu.

21e jour. Plaintes continuelles ; douleur à la gorge ; peau sèche et aride ; desquamation scarlatineuse des extrémités ; appétit impérieux. Demi-soupe ; demi-bouillie.

22e jour. Douleur vive à la tête : le malade sollicite des sangsues pour s'en débarrasser. L'application de vingt sangsues aux tempes est suivie d'un soulagement immédiat.

24e jour. Retour des douleurs. Extrait d'opium, un décigramme.

25e et 26e jours. Même état.

27e jour. Des vomissements ont eu lieu pendant la nuit ; contraction tétanique des muscles de la partie postérieure du cou : le malade réclame des aliments. Demi-bouillie.

28e jour. Nouveaux vomissements pendant la nuit ; retour des douleurs à des intervalles irréguliers.

Du 29e au 36e jour. Le malade est tranquille ; il mange soupe, bouillie, et reprend des forces. Dans la nuit du trente-sixième jour, il ressent quelques frissons : 3 décigrammes de sulfate de quinine pendant quelques jours. Le pouls est à trente-neuf pulsations.

40e jour. Le malade commence à se lever ; il mange le quart de portion ; l'appétit est vif.

Du 47e au 57e. L*** se fortifie et mange la demi-portion. Le soir du cinquante-septième jour, il éprouve du malaise.

58e jour. Vomissements et expulsion d'un ascaride lombricoïde; douleur épigastrique. Le soir, éruption générale de pustules rouges, qui prennent promptement le caractère variolique, bien que le malade nous dise avoir été vacciné deux fois.

62e jour. Suppuration des pustules; mouvement fébrile léger : les membres inférieurs ne forment qu'une vaste plaie.

65e jour. Alimentation légère. Un épanchement pleurétique se forme insensiblement dans le côté droit de la poitrine, et une taie épaisse abolit la vue du côté gauche; dessiccation des pustules, excepté aux jambes, où elles fournissent une suppuration abondante; marasme et appétit très-vif. Le courage du malade ne se dément pas un instant.

80e jour. État stationnaire pendant deux mois. Le malade mange la demi-portion et sollicite une convalescence.

Dans le cinquième mois, l'épanchement pleurétique est en voie de résorption; la guérison, si longtemps incertaine, se confirme enfin, et L***, réformé du service militaire, part le deux-centième jour pour ses foyers, après avoir successi-

vement échappé à trois maladies des plus graves.

Dans l'observation suivante, on verra également que le moral du malade s'est soutenu, pendant toute la durée de la maladie, d'une manière extraordinaire, et a singulièrement contribué à amener la guérison.

TREIZIÈME OBSERVATION.

P***, recrue du 18e léger (Vienne), entre à l'hôpital, le 17 février, dans l'état suivant : face colorée; céphalalgie intense; pupilles dilatées et immobiles; pouls fréquent et dur; agitation extrême; langue naturelle; abdomen indolent et constipation. Saignée de 500 grammes et vingt sangsues aux tempes. Le soir, renouvellement de la saignée et des sangsues; lavement purgatif.

2e jour. Le pouls a perdu sa roideur, mais l'agitation persiste. Le malade se plaint d'avoir gagné une maladie vénérienne; il a des ulcères au pénis. Vingt-quatre sangsues derrière les oreilles, renouvelées le soir; applications froides sur le front.

3e jour. Même état : le pouls radial est beaucoup plus fort à droite qu'à gauche. Calomel, 2 décigrammes.

4e jour. Les douleurs des membres inférieurs se joignent à celles de la tête; face colorée; loqua-

cité, chants joyeux; pouls élevé, sans fréquence. Dix ventouses scarifiées sur le rachis.

5e jour. Le malade dit que la douleur lui coupe les reins : délire durant la nuit. Trente sangsues à la région lombaire; lavement purgatif. Le soir, le pouls a pris de la roideur. Saignée de 300 grammes; coagulum abondant.

6e jour. Somnolence; pouls fréquent, sans dureté. Le malade a cessé de se plaindre. Lavement purgatif; cataplasmes sinapisés aux extrémités.

7e jour. Retour des douleurs de la tête et de la nuque; coliques légères. Le soir, redoublement des douleurs. Application de vingt sangsues à la nuque.

Du 8e au 14e jour. Douleurs modérées; état stationnaire; appétit. Bouillon maigre; lait.

15e jour. Douleurs vives aux reins et aux jambes; pouls fréquent et élevé; roideur générale du corps. Trente sangsues aux lombes le matin, et le soir trente à la nuque.

16e jour. Plus de douleurs; indifférence complète; prostration. P*** se cache sous sa couverture et ne répond que quand on le presse vivement. Calomel, 4 décigrammes; emplâtre stibié à la région lombaire.

20e jour. Décubitus abdominal; pouls faible et lent; amaigrissement extrême; appétit.

Du 21e au 30e jour. Le malade ne se plaint que

d'une fatigue générale et de ce qu'on trouble son sommeil; il fait la police de la salle et adresse des reproches à ceux de ses camarades qui délirent.

Du 31e au 40e jour. Il sollicite des aliments et paraît sortir de son état de torpeur; il est atteint, pendant quelques jours, d'une diarrhée légère.

43e jour. P*** commence à se lever, mais sa faiblesse est extrême; il mange la demi-portion.

48e jour. Il se promène dans la salle et se désole de ne pas pouvoir retrouver le chemin de son lit lorsqu'il s'en éloigne; il me communique la crainte qu'il éprouve d'avoir perdu la mémoire, ou d'avoir la tête dérangée.

60e jour. Le malade se fortifie de jour en jour et trouve sa tête plus forte. Je lui propose un congé de convalescence, qu'il refuse parce qu'il veut apprendre l'exercice et ne pas se mettre à la charge de ses parents.

66e jour. P*** sort après avoir pris un bain. La maladie vénérienne a complétement disparu.

On suit avec intérêt, dans cette observation, la naissance et le développement des produits morbides qui, déposés à la surface du système nerveux cérébro-spinal, éteignent les perceptions douloureuses, déterminent une roideur musculaire générale, et finissent par disparaître peu à peu sous l'influence de la force absorbante.

§ III. *Cas graves terminés par la mort.*

QUATORZIÈME OBSERVATION.

M***, du 18e léger, conscrit de la Vienne, est pris subitement de vomissements le 6 février, à une heure du matin, en revenant des latrines. Le chirurgien du corps le fait transporter immédiatement à l'hôpital, où il meurt avant d'être déposé dans son lit.

Autopsie le lendemain matin. Écume blanche à la bouche; cerveau très-consistant et d'une sécheresse remarquable; les méninges sont dans l'état normal.

Le rachis n'a pas été ouvert.

Le cœur est graisseux et volumineux.

La membrane muqueuse gastrique est ramollie et pointillée en rouge vers le grand cul-de-sac. L'estomac contient trois lombrics nageant dans deux verres d'un liquide vert brunâtre.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle est fortement colorée en rouge dans presque toute son étendue; cet intestin renferme une centaine de lombrics privés de vie. Le colon et les autres viscères sont sains.

Ce sujet est le premier qui ait succombé à l'épidémie, et l'invasion de la maladie a été, chez lui, si foudroyante, que le système nerveux n'a pas

offert d'altération après la mort, si ce n'est que la pulpe cérébrale contenait très-peu de liquides, et offrait une consistance bien supérieure à celle de l'état normal.

On est frappé de l'énorme quantité d'ascarides lombricoïdes contenus dans les voies digestives, et l'on ne comprend guère comment ils ont pu y séjourner sans annoncer leur présence.

Du reste, l'existence de ces entozoaires a été trop constante pour qu'elle ne soit pas liée intimement au développement de l'épidémie.

QUINZIÈME OBSERVATION.

M***, du 18e léger, recrue de la Vienne, entre à l'hôpital, le 11 février, à cinq heures du matin, dans un état comateux : pouls lent et faible; pupilles contractées et immobiles; pétéchies lenticulaires brunes sur le tronc.

Diète; limonade; trente sangsues aux apophyses mastoïdes; applications froides sur le front, et sinapisées aux extrémités inférieures.

Le soir, réaction; pouls plein et fréquent. Vingt sangsues aux tempes.

Mort le 12, à trois heures du matin.

Autopsie faite trente heures après la mort. Infiltration purulente sous-arachnoïdienne très-apparente, surtout aux grandes scissures et à la base du cerveau. Un pus concret existe à la base

du cervelet, dans une étendue d'un pouce; il présente une épaisseur de quatre lignes. La pulpe cérébrale est fortement sablée et très-ramollie : il en est de même du cervelet. Les ventricules latéraux contiennent une sérosité trouble, où surnage un globule de pus.

Les méninges rachidiennes sont injectées et contiennent, dans la région lombaire, 60 grammes de pus liquide.

Le cœur présente une large tache laiteuse à sa partie antérieure; postérieurement, on y remarque deux petites pétéchies pourprées. La valvule mitrale est très-épaissie.

L'estomac contient une grande quantité de bile verte, et offre six cicatrices arrondies, situées vers l'extrémité pylorique de la grande courbure; elles ont une teinte verdâtre et offrent des fibres parallèles. Les parois du viscère sont manifestement amincies sur ces points.

La surface péritonéale des intestins présente quelques pétéchies semblables à celles du cœur. La membrane muqueuse de l'intestin grêle offre, à sa partie inférieure, des rougeurs espacées qui correspondent au gîte de cinq lombrics.

SEIZIÈME OBSERVATION.

P***, recrue du 18e léger, est atteint, le 28 février, d'une céphalalgie légère, et saigné à la

caserne. La céphalalgie persistant le lendemain, il est envoyé à l'hôpital à dix heures du matin, bien qu'il se bornât à réclamer une exemption de service : pendant le trajet, le malade perd connaissance; à son arrivée, il est dans une agitation extrême, il porte à chaque instant la main à la nuque, où la trace des ongles reste marquée. Les yeux sont fermés et les pupilles contractées; le front est plissé; la face est agitée de mouvements convulsifs : il y a eu des vomissements bilieux.

Le chirurgien de garde pratique successivement deux saignées de 500 grammes; la première seule est couenneuse. Application de trente sangsues aux apophyses mastoïdes.

A trois heures après midi, je prescris une nouvelle application de quarante sangsues à la nuque. Mort à dix heures du soir.

Autopsie faite dix-sept heures après la mort. Plaques sanguines d'un rouge vif, en forme d'ecchymoses, à la partie antérieure des lobes cérébraux et à la partie postérieure du lobe droit du cervelet. Commencement de dépôt purulent sur la face supérieure du cervelet. La pulpe cérébrale est consistante et très-sablée; les ventricules contiennent une sérosité rosée peu considérable. Les plexus choroïdes sont très-injectés.

Rachis. Injection des méninges et des filets nerveux lombaires principalement.

Cœur. Concrétions fibrineuses dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire.

L'estomac est injecté et pointillé vers le grand cul-de-sac; il contient un liquide vert. La membrane muqueuse de cet organe est ramollie.

La vésicule biliaire est distendue.

L'intestin grêle est sain et contient quatre lombrics.

Nous remarquerons chez ce sujet un commencement de suppuration sur le cervelet, bien que la durée de la maladie ait été fort courte.

Dans les observations suivantes, une durée plus longue nous montrera un accroissement proportionnel dans l'abondance et l'étendue des produits morbides.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

G***, jeune soldat du 18e léger, est apporté à l'hôpital le 31 mai, à deux heures du matin, au moment de la visite; il est dans un état apoplectique, caractérisé par l'écume à la bouche, la respiration stertoreuse, les pupilles contractées et immobiles : le pouls est plein, fréquent. On remarque des taches rouges sans élévation au tronc et au cou. Saignée de dix onces; lavement contenant un demi-gros de sulfate de quinine. Mort à neuf heures du matin.

Autopsie faite vingt-trois heures après la

mort. Injection vive de la périphérie cérébrale, surtout à la base du cervelet ; lignes opalines dessinant les circonvolutions de la convexité des hémisphères. Sérosité rouge dans le ventricule gauche; elle est trouble dans le droit et dans la région lombaire de la moelle épinière, au-dessous des méninges.

La muqueuse trachéo-bronchique est d'un rouge vif.

Le cœur offre sept taches rouges et contient un sang qui a la consistance de la mélasse.

L'estomac présente une coloration violacée de la muqueuse dans le grand cul-de-sac. Les intestins contiennent sept lombrics et des mucosités rougeâtres.

Le duodénum présente des villosités nombreuses et saillantes.

La rate est un peu plus volumineuse et un peu plus molle qu'à l'état normal.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

V***, recrue du 4e de cuirassiers, entre à l'hôpital, le 18 mars, atteint de pneumonite. Cette maladie était en voie de solution lorsque, le 15 avril, V*** est pris de céphalalgie avec pesanteur de tête et embarras dans la parole ; on lui fait une saignée de 375 grammes, qui produit

un caillot de médiocre consistance et qui est suivie de vomissements.

2e jour. L'intelligence est plus libre, mais le cou est roide et la tête renversée en arrière; les pupilles sont immobiles et contractées; le pouls dur et fréquent.

Diète; limonade; vingt sangsues derrière les oreilles; applications froides sur le front.

3e jour. Il y a eu du délire et des vomissements pendant la nuit : ce matin, il y a une rémission marquée; le malade a eu sept selles dans les vingt-quatre heures. Les applications froides lui font plaisir.

4e jour. Respiration courte; pouls filiforme et très-fréquent; douleur et matité du côté droit de la poitrine : la céphalalgie a disparu.

Applications sinapisées sur les extrémités et sur le thorax.

Mort à une heure après-midi.

Autopsie faite dix-neuf heures après la mort. Sur le côté droit de la faux cérébrale, et à la partie supérieure et postérieure de l'hémisphère correspondant, on remarque une saillie de la dure-mère qui offre l'aspect d'un tubercule rougeâtre. En l'incisant, on reconnaît qu'elle est produite par le développement de granulations jaunâtres dans l'épaisseur des méninges, qui sont épaissies; ces granulations sont élastiques et ne s'écrasent pas

par la pression. En cet endroit, les membranes adhèrent intimement à la substance cérébrale. Les corps connus sous le nom de glandes de Pacchioni offrent un développement extraordinaire, et présentent dans leur intérieur les mêmes granulations.

Le sinus longitudinal supérieur et les veines qui y aboutissent contiennent des concrétions fibrineuses. La périphérie cérébrale est très-injectée, et les intervalles des circonvolutions présentent des lignes purulentes, qui sont surtout remarquables dans les grandes scissures.

La base du cervelet et la commissure des nerfs optiques sont recouvertes de plaques purulentes solides. La pulpe cérébrale est très-dense et très-sablée.

Les ventricules contiennent très-peu de sérosité. Chacun des ventricules latéraux renferme un corps ovoïde, de la grosseur d'une petite olive, logé dans l'angle postérieur et inférieur; ce sont des kystes dont la structure est fibreuse, et dont l'enveloppe est finement arborisée.

La moelle épinière baigne, depuis sa partie moyenne jusqu'à sa terminaison, dans un pus abondant, dont une partie est solide.

La membrane muqueuse de l'estomac est ramollie et offre des taches brunâtres.

L'intestin grêle est d'une couleur vineuse dans

toute sa longueur; sa partie supérieure présente un épaississement marqué de la muqueuse avec des replis très-saillants : on y rencontre trois lombrics et un liquide brun foncé.

Le foie est très-volumineux : la vésicule contient une bile noire très-épaisse.

La vessie contient un liquide dont l'aspect est purulent. Les reins sont sains.

On a omis de tenir note de l'état des poumons.

Parmi les altérations remarquables que je viens de décrire, plusieurs remontent évidemment à une époque antérieure au développement de la méningite aiguë, qui a déterminé la mort. Les granulations jaunâtres des méninges et les kystes annoncent qu'il existait depuis longtemps, chez le malade, une affection tuberculeuse, à laquelle des circonstances particulières auront imprimé subitement une forme aiguë.

Lorsque ce malade est entré à l'hôpital, j'avais été frappé de la coloration paillée que présentait sa peau, et du caractère mélancolique de sa physionomie.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

B***, du 18e léger, recrue de la Vienne, entre à l'hôpital, le 17 février, à une heure du matin. L'invasion de la maladie date du 16, à quatre heures du soir. Une forte saignée a été faite par

le chirurgien du corps; le chirurgien de garde la renouvelle, applique, en outre, vingt sangsues aux tempes et des sinapismes aux extrémités inférieures.

2ᵉ jour. A la visite du matin, le malade est dans l'état suivant : coma profond; paupières fermées et résistant aux efforts qu'on fait pour les entr'ouvrir; pupilles immobiles et très-dilatées; pouls fréquent et faible. On remarque quelques taches pourprées, d'une à deux lignes de diamètre, sur le tronc et les membres.

Le sang de la saignée a fourni un coagulum épais et une sérosité abondante.

Diète; limonade; applications froides sur la tête; lavement purgatif.

Le soir, vingt sangsues sont appliquées aux tempes en deux fois, de manière à entretenir un écoulement permanent.

3ᵉ jour. La jambe gauche a été envahie, pendant la nuit, par une éruption pourprée qui s'étend des malléoles au genou : cette partie est chaude, gonflée et insensible. Le malade est tombé de son lit, pendant la nuit, en se débattant, et les infirmiers, en le ramassant, ont cru qu'il avait un membre fracturé. Le coma persiste; le pouls est petit et fréquent. Application de douze ventouses scarifiées sur le rachis; lavement purgatif; fo-

mentation d'infusion de fleurs de sureau sur la jambe.

4e jour. Le pouls est de plus en plus faible et fréquent; refroidissement du membre, embarras de la respiration. Mort à midi.

Autopsie du cadavre faite vingt-quatre heures après la mort. Injection vive des méninges. Les intervalles des circonvolutions sont comblés par des traînées purulentes; la base du cervelet et sa face supérieure sont recouvertes d'un pus bien formé; la pulpe cérébrale est très-sablée, mais sa consistance est normale.

Les ventricules latéraux contiennent des flocons de pus qui nagent dans une sérosité roussâtre.

Les méninges rachidiennes sont très-injectées; la moelle présente, dans une étendue de six pouces, vers la région lombaire, une induration manifeste qui est enveloppée de pus, dont une portion est à l'état solide.

Le cœur droit est gorgé de caillots noirs; l'artère pulmonaire est obstruée par des caillots fibrineux qui paraissent s'être organisés pendant la vie.

L'estomac est sain, mais contracté sur lui-même; il contient une petite quantité de bile verte. La vésicule est très-tendue.

L'intestin grêle contient, dans sa partie supé-

rieure, dix lombrics vivants avec rougeur de la membrane muqueuse correspondante.

La jambe gauche est infiltrée d'une matière sanieuse noirâtre : les taches pourprées ont leur siége dans le réseau muqueux de la peau, et le tissu musculaire offre l'aspect de la chair cuite. Le creux du jarret contient du sang décomposé.

Nous n'avons observé qu'une seule fois cette affection gangréneuse des membres, et elle s'est opérée bien rapidement, puisque le 17, à midi, il n'en existait aucune trace, lorsque j'ai soumis le malade à l'examen de M. l'inspecteur Moizin. N'est-on pas en droit de conclure qu'il existait une altération particulière du sang, et pourrait-on se rendre suffisamment compte de ces lésions par le trouble qu'aurait apporté dans la circulation l'état morbide des méninges?

VINGTIÈME OBSERVATION.

B***, ancien soldat du 14e de ligne, est atteint, dans la soirée du 10 avril, de fièvre avec vomissements et douleur à la tête, au cou et aux genoux. Arrivé à l'hôpital le lendemain, à huit heures du matin, il répond parfaitement à toutes les questions qui lui sont faites : il accuse une céphalalgie violente, des douleurs aux jambes. Les pupilles sont dilatées; le pouls petit et fré-

quent; la langue naturelle. Le tronc et les membres sont le siége de taches rouges élevées au-dessus de la peau, comme celles qui annoncent une éruption varioleuse.

Saignée de 500 grammes, qui fournit un coagulum ordinaire et n'apaise pas les douleurs.

Le soir, application de vingt-quatre sangsues aux tempes et d'oxycrat froid sur le front.

3e jour. Les douleurs persistent; pâleur de la face ; tremblement convulsif des membres supérieurs et refroidissemsnt des inférieurs. Il ne reste de l'éruption que quelques taches obscures; le malade n'a pas eu de selles depuis l'invasion.

Application permanente de sangsues sur le front; compresses froides sur la tête ; sinapismes aux extrémités, lavement purgatif.

Soixante sangsues ont été mises pendant la journée; le soir, les mouvements convulsifs ont cessé ; les extrémités sont réchauffées. Le malade se loue beaucoup des effets de la glace.

4e jour. Les douleurs de la tête et des membres sont très-diminuées ; mais le malade souffre des reins, *comme si on l'avait battu*, dit-il; le pouls est fréquent et sans élévation. Continuation des applications froides ; vingt sangsues à la région lombaire : cette dernière prescription est répétée à midi.

A trois heures, le malade me dit qu'il se trouve

très-bien : il ne souffre que lorsqu'il fait un mouvement. L'état du pouls, qui est à cent pulsations, contraste avec la lucidité parfaite de l'intelligence, et entretient seul mes inquiétudes.

A sept heures du soir, en effet, les douleurs lombaires se réveillent un peu, et le chirurgien de garde applique vingt sangsues sur cette région. A neuf heures, embarras de la respiration, qui ne tarde pas à devenir stertoreuse. Mort à neuf heures et demie.

Autopsie cadavérique. Périphérie cérébrale très-injectée ; suffusion sanguine à la partie postérieure des deux hémisphères. La cavité crânienne contient une demi-once environ de sanie purulente.

Le cerveau, placé sur sa convexité, présente une saillie ovoïde formée par le soulèvement du plancher du troisième ventricule. Son incision donne issue à un jet impétueux de sérosité citrine, dont la quantité est évaluée à 180 grammes. La membrane qui tapisse les ventricules est finement arborisée.

La pulpe cérébrale est très-sablée, sa consistance est normale.

Les méninges rachidiennes sont très-injectées ; il y a un commencement de formation purulente sous l'arachnoïde de la région lombaire.

La membrane muqueuse gastrique est injectée

sur quelques points, et offre des duplicatures très-saillantes : celle de l'intestin grêle est d'un rouge vineux vers la fin de l'iléon.

Le tube digestif ne contient pas d'ascarides.

Chez le sujet de cette observation, la mort paraît avoir été le résultat de l'accumulation considérable de sérosité qui a eu lieu subitement dans les ventricules, au moment où la rémission marquée des symptômes morbides pouvait faire espérer une terminaison favorable. C'est une véritable apoplexie séreuse.

VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

D***, recrue du 14e de ligne, est pris de vomissements, le 27 mars, étant de garde.

Le lendemain matin, retour des vomissements, avec céphalalgie intense et mouvements convulsifs, suivis d'un état de calme pendant lequel on l'envoie à l'hôpital, à trois heures et demie du soir.

2e jour. A son arrivée, il est dans un état comateux ; les pupilles sont contractées et immobiles, les yeux ouverts et saillants, la face pâle et tourmentée de mouvements convulsifs ; le pouls est plein et fréquent.

Le chirurgien de garde pratique une saignée de 930 grammes qui ne produit pas de couenne. Je prescris des sangsues permanentes aux tempes

et derrière les oreilles, des applications froides sur le front et un lavement purgatif.

3e jour. Soixante-quatre sangsues ont été appliquées depuis la veille. La nuit a été très-agitée; la face est pâle et les paupières obstinément fermées; mouvements convulsifs; pouls faible, à cent quarante pulsations; la vessie est pleine; le malade se gratte fortement la poitrine, l'abdomen et surtout la nuque; il ne témoigne aucune sensibilité quand on le pince au côté externe des membres : le côté interne en présente de légères traces; la déglutition est impossible; une éruption miliaire rouge occupe l'abdomen; les extrémités sont chaudes; les urines sont orangées; elles sortent par regorgement et déposent par le refroidissement un sédiment épais : une selle involontaire a eu lieu.

Diète; cathétérisme; applications froides sur la tête, et sinapisées aux extrémités. A deux heures, le malade entr'ouvre les yeux, qui sont agités de mouvements convulsifs; il froisse ses parties génitales et repousse les applications froides. On applique vingt-deux sangsues en deux fois derrière les oreilles.

4e jour. Le pouls a perdu son élévation et marque quatre-vingt-deux pulsations; la nuit a été moins agitée. Face pâle; coma moins profond; déglutition moins difficile; décubitus abdomi-

nal. Application de douze ventouses scarifiées sur le rachis; lavement purgatif.

Le soir, le malade tire la langue sur ma demande : elle est couverte d'un enduit blanchâtre épais. Les extrémités se refroidissent : on les couvre de cataplasmes sinapisés.

5e jour. Le pouls est revenu à cent quarante; selles involontaires; météorisme abdominal; refroidissement des extrémités. Mort à onze heures du soir.

Autopsie cadavérique le lendemain. La dure-mère présente plusieurs saillies au sommet de la tête et sur le côté gauche de la face cérébrale : elles sont déterminées par du sang épanché entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde, qui, en cet endroit, adhère intimement à la substance cérébrale par l'intermédiaire des glandes de Pacchioni. Entre les deux feuillets de la séreuse existe une grande quantité de sérosité limpide. La cavité du sinus longitudinal supérieur contient un caillot fibrineux jaune. La périphérie du cerveau est très-injectée, surtout à la partie postérieure des hémisphères, où on remarque, de chaque côté, une large tache d'un rouge vif, produite par une infiltration sanguine.

Des traînées purulentes dessinent des circonvolutions cérébrales.

Les faces supérieure et inférieure du cervelet,

ainsi que la commissure optique, sont recouvertes de pus concret. La pulpe cérébrale est très-sablée, et devient grise après quelques minutes d'exposition à l'air; la substance grise est d'une couleur foncée; la consistance du cerveau est normale.

Les ventricules latéraux contiennent une sérosité sanguinolente et quelques flocons de pus placés dans les angles postérieurs et inférieurs.

Les méninges rachidiennes sont injectées et tendues par une sérosité limpide supérieurement et purulente à la région inférieure. La face postérieure de la moelle est couverte d'une exsudation purulente pseudo-membraneuse.

L'estomac présente quelques rougeurs éparses et contient une matière bilieuse noire; la membrane muqueuse est ramollie.

L'intestin grêle contient un lombric; la cavité péritonéale contient quelques gaz.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

N***, jeune soldat du 18e léger, est apporté sans connaissance à l'hôpital, le 4 avril, à cinq heures du soir. Il se débat vivement, et son agitation est extrême : les pupilles sont contractées, la face pâle et tourmentée par des grincements de dents; le pouls est petit et fréquent, et les extrémités sont froides.

Le chirurgien de garde pratique une saignée de 500 grammes et applique trente sangsues aux apophyses mastoïdes ; des sinapismes sont placés aux extrémités.

A onze heures du soir, le malade a repris de la chaleur ; il urine plusieurs fois sous lui pendant la nuit ; le sang s'est partagé en coagulum et en sérosité.

2e jour. L'agitation est un peu moindre, mais le pouls n'a pas changé ; le malade porte avec obstination la main à la nuque.

Cinquante sangsues appliquées dix par dix de trois en trois heures aux tempes; applications froides sur le front; lavement purgatif.

A trois heures, la réaction est survenue ; la face est colorée ; l'agitation extrême ; le pouls plein et fréquent.

3e jour. Langue blanche et sèche au centre; soif vive ; le pouls est petit et marque cent pulsations ; une selle involontaire a eu lieu pendant la nuit ; le malade ne voit pas, mais il entend et répond juste ; sa parole est embarrassée.

Quatre ventouses scarifiées à la nuque ; lavement purgatif.

Le soir, le pouls est régulier; la langue humide ; la parole plus libre. Application de quatre cautères sur le rachis cervical.

4e jour. Céphalalgie ; pouls petit et fréquent ;

extrémités froides ; selle involontaire. Le soir, il survient une réaction légère. Sinapismes aux extrémités.

5e jour. Prostration extrême ; refroidissement général. Mort à onze heures du soir.

Autopsie le lendemain. Une quantité considérable de sang s'écoule à l'ouverture de la cavité crânienne.

Les méninges sont très-injectées et adhèrent au cerveau, en arrière et de chaque côté de la partie moyenne de la face cérébrale. On remarque plusieurs foyers circonscrits d'infiltration sanguine à la partie latérale et postérieure des hémisphères.

Le cerveau est turgescent et fait une saillie prononcée à travers l'incision pratiquée à la dure-mère.

La substance blanche est très-sablée et se confond presque avec la grise, après quelques minutes d'exposition à l'air : elle est plus consistante qu'à l'état normal. Les plexus choroïdes sont injectés et les ventricules latéraux contiennent une petite quantité de sérosité rougeâtre.

Les scissures de Sylvius et la base du cervelet reposent sur des plaques purulentes ; les membranes de la base du cerveau sont manifestement épaissies.

Les méninges rachidiennes sont très-injectées, et contiennent un pus solide qui enveloppe la

moelle dans toute sa longueur et devient liquide à sa partie inférieure.

Le cœur est volumineux et offre quelques taches laiteuses : ses cavités droites et l'artère pulmonaire contiennent des concrétions fibrineuses.

L'estomac présente quelques rougeurs.

On remarque, au commencement du jéjunum, une large tache pourprée dans l'épaisseur des membranes : on en voit une moins grande un peu plus bas. La fin de l'iléon contient deux lombrics, avec injection lie de vin de la membrane muqueuse, dans la longueur d'un pied avec développement des follicules isolés.

Le sujet de cette observation avait fait antérieurement deux séjours à l'hôpital : le premier en janvier, pour des accès épileptiformes, qui n'ont pas été jugés suffisants pour motiver sa réforme ; le second, du 9 février au 24 mars, pour une variole confluente.

Le jour même de l'invasion de la méningite, il se présenta à la revue trimestrielle pour réclamer sa réforme, et vit sa demande rejetée. Dans la soirée, il fut pris de convulsions, avec perte de connaissance, et ses camarades, croyant à une simulation, le laissèrent longtemps sans chercher des secours. Sans doute que la disposition à l'épilepsie qui existait chez ce militaire aura été mise

en jeu par le chagrin, et aura produit une congestion qui, de passagère, sera devenue permanente.

A son arrivée, la peau était d'une couleur foncée et offrait des nuances marbrées, qu'il n'était pas facile d'apprécier, à raison de la variole récente ; mais l'existence des taches pourprées dans les intestins donne lieu de croire que les taches cutanées étaient de même nature.

Parmi les lésions que nous avons rencontrées, aucune ne paraît devoir être rattachée à l'affection épileptiforme qui existait chez ce militaire depuis longtemps.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

B***, jeune soldat du 14e de ligne, entre à l'hôpital le 4 juin, à huit heures du matin. Il accuse une céphalalgie légère, de la douleur à l'épigastre ; la face est colorée ; la langue rouge et sèche ; le pouls élevé.

Diète ; limonade ; 12 décigrammes de sulfate de quinine en lavement.

A quatre heures du soir, le malade court après le chirurgien de service pour réclamer des aliments : une demi-heure après, il tombe sans connaissance. Le chirurgien de garde lui fait prendre une potion de 12 décigrammes de sulfate de quinine, suivie, le soir, d'une seconde potion de

6 décigrammes ; des applications sinapisées sont faites aux extrémités.

2e jour. Intelligence libre; douleur à la tête, aux reins et aux jambes ; pouls petit et fréquent ; langue saburrale ; agitation et vomissements pendant la nuit; éruption pourprée. Diète; limonade; 2 grammes de sulfate de quinine en lavement et 12 décigrammes en potion. Le soir, la potion est réitérée.

3e jour. Le malade a eu encore des vomissements ; il se plaint de douleurs aux jambes et d'avoir l'ouïe dure; il réclame avec instance des aliments. Potion opiacée, avec addition de 6 décigrammes de sulfate de quinine; six ventouses scarifiées à la région lombaire. Le soir, application de deux vésicatoires aux jambes, pour l'usage endermique : leur action sur la vessie nécessite le cathétérisme.

4e jour. Diarrhée légère. Application de 6 décigrammes de sulfate de quinine sur chaque vésicatoire. Le soir, agitation extrême ; coloration de la face. Seize sangsues derrière les oreilles et compresses froides sur le front.

5e jour. Délire ; pouls petit ; météorisme abdominal. Continuation de 12 décigrammes de sulfate de quinine sur les vésicatoires ; cathétérisme; compresses froides.

6e jour. Pas de changement. Le malade meurt

à onze heures et demie du matin, en se masturbant.

Autopsie du cadavre vingt et une heures après la mort. Congestion sanguine considérable dans les méninges : elle forme une couronne rouge autour de la tête ; sérosité sanguinolente dans les ventricules ; pus solide sous le cervelet et autour de la tige pituitaire. La consistance du cerveau est normale ; la moelle épinière est enveloppée de pus dans toute sa longueur.

Le cœur présente un épaississement laiteux de toute sa membrane externe.

Le péricarde contient une sérosité floconneuse.

L'intestin grêle contient sept lombrics, et présente des rougeurs à son extrémité inférieure.

La rate est petite.

Cette observation, recueillie dans les derniers temps de l'épidémie, prouve que la maladie n'avait pas dégénéré, à cette époque, de la gravité qu'elle avait montrée dès le principe.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

M***, ancien soldat, remplaçant au 14e de ligne, a éprouvé, le 26 et le 27 mai, deux accès de fièvre. Il entre à l'hôpital le 28 mai et perd connaissance peu après son entrée. Le chirurgien

de garde lui fait administrer 12 décigrammes de sulfate de quinine en lavement.

4e jour. Le malade est plongé dans un état comateux. 6 décigrammes de sulfate de quinine dans une potion opiacée et 2 grammes en lavement.

Le soir, le coma se dissipe; réponses justes; pouls lent; moiteur légère à la peau. La potion est réitérée.

5e jour. Le malade a vomi pendant la nuit; il se plaint d'une forte douleur à l'occiput; le pouls est régulier. On administre un lavement avec 2 grammes de sulfate de quinine qui n'est pas conservé. Application d'un vésicatoire ammoniacal sur lequel on place 8 décigrammes de sulfate. Mort le lendemain à cinq heures du matin.

Autopsie cadavérique. La dure-mère est sèche et parcheminée : elle crie sous le scalpel; infiltration opaline à la base du cerveau et le long des scissures, avec épaississement des membranes à la base. Sérosité rouge dans les ventricules; substance cérébrale peu sablée et de consistance normale; la moelle épinière ne présente aucune lésion.

La membrane muqueuse intestinale offre une injection d'un rouge vif; l'intestin contient un seul lombric.

La rate est petite; les reins sont colorés.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

P***, jeune soldat du 18e léger, entre à l'hôpital, le 4 juin, à deux heures du soir. Il est atteint, depuis deux jours, d'une céphalalgie assez vive dans la région frontale. Le matin, à l'exercice, elle s'est exaspérée, et il s'y est joint des douleurs dans les jambes. Il donne lui-même tous ces détails et prend, immédiatement après son entrée, 12 décigrammes de sulfate de quinine dans une potion. Le soir, j'ajoute à la prescription 6 décigrammes du même sel en potion et 12 décigrammes en lavement. Dans la nuit, il survient des vomissements.

4e jour. Le matin, je trouve le malade sans connaissance; la face est pâle et agitée de mouvements convulsifs ; le pouls est petit et fréquent; on remarque des taches pourprées sur le tronc et les membres. L'agitation du malade a nécessité l'emploi de la camisole. Diète; limonade; applications froides; potion avec 12 décigrammes de sulfate de quinine.

Le soir, le malade est très-agité et pousse des cris aigus; la jambe gauche est froide et envahie par une éruption pourprée très-étendue. Application d'un cataplasme sinapisé et répétition de la potion : son administration est suivie de vomissements.

5e jour. L'état du malade n'a pas changé.

Potion opiacée avec 12 décigrammes de sulfate de quinine ; seize sangsues derrière les oreilles; glace sur le front.

Le soir, le pied gauche est froid et insensible ; on remarque au bas de la jambe une plaque rouge. Cataplasme sinapisé.

6e jour. L'agitation a persisté toute la nuit. Application d'un vésicatoire à la nuque et continuation du froid sur la tête.

7e jour. Mort à cinq heures du matin. L'autopsie a fait découvrir les lésions suivantes.

Congestion sanguine, formant une couronne complète rouge autour du cerveau ; sérosité sanguine et flocons purulents dans les ventricules, avec injection de leur membrane interne.

La substance du cerveau est très-sablée, mais sa consistance est normale ; sérosité purulente dans la région lombaire, au-dessous des méninges; la terminaison de la moelle épinière est entourée de pus solide.

L'estomac présente quelques rougeurs, ainsi que la fin de l'intestin grêle : on remarque, dans ce dernier, quelques follicules isolés, saillants, et quatre lombrics.

La rate est dans l'état normal.

On remarquera que, dans les trois cas qui précèdent, le traitement des fièvres pernicieuses a été employé, dès le début, avec une grande

énergie, sans que la maladie s'arrêtât dans sa marche fatale.

L'insuccès d'un médicament dont l'action est habituellement si héroïque, dans ces maladies, est un argument puissant en faveur de la nature continue de l'affection que nous avions à combattre.

Les deux observations suivantes conduisent à la même conclusion.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

F***, recrue du 18e léger, est atteint, le 9 juin, de frissons et de céphalalgie, qui se dissipent dans la journée. Ces accidents étant revenus le lendemain, il entre à l'hôpital, à onze heures du soir, dans l'état suivant : céphalalgie intense, yeux sensibles à la lumière, pouls petit et serré, moiteur, langue naturelle : prescription de 12 décigrammes de sulfate de quinine en potion, et autant en lavement.

3e jour. Le lendemain, la céphalalgie persiste, le cou est roide, le pouls s'est relevé : application de seize sangsues aux tempes, potion avec 12 décigrammes de sulfate de quinine, lavement émollient contre la constipation.

4e jour. Douleur au front et au cou; faiblesse extrême du bras droit. Sangsues en permanence aux tempes, applications froides sur le front : potion avec 6 décigrammes de sulfate, répétée le

soir. Cent sangsues ont été appliquées pendant la journée.

5[e] jour. Pas de changement : continuation des applications froides, sinapismes aux extrémités.

6[e] jour. Même état. Je m'aperçois que le bord antérieur de la rate est saillant, dur et très-sensible. Application de trois ventouses scarifiées sur cette région, et de 12 décigrammes de sulfate de quinine sur deux vésicatoires placés aux jambes.

Mort le 7[e] jour, à dix heures du matin.

Autopsie vingt-deux heures après la mort. Méninges très-injectées, veines cérébrales gorgées de sang : pulpe cérébrale ramollie et très-sablée. Infiltration sanguine sous-arachnoïdienne, formant une couronne complète autour du cerveau.

Sérosité sanguinolente dans les ventricules : celui du côté droit contient, en outre, un peu de pus.

Plexus choroïdes très-injectés.

La couche optique gauche est le siége d'un ramollissement rouge, qui occupe l'espace d'une petite noisette.

Pus solide à la base du cervelet et à la face postérieure de la moelle épinière.

L'estomac présente une plaque rouge à sa paroi antérieure.

Les intestins offrent des follicules isolés très-saillants et quelques cicatrices d'ulcérations anciennes : ils ne contiennent pas d'ascarides.

La rate est très-volumineuse et recouverte, à sa face externe, d'une espèce de coque cartilagineuse, épaisse de deux lignes.

La surface externe du cœur présente trois petites pétéchies pourprées.

Le lobe inférieur du poumon gauche est hépatisé.

Cette observation est remarquable par les lésions nouvelles qu'elle nous présente.

Le ramollissement de la couche optique gauche explique parfaitement la faiblesse présentée par le bras droit du malade.

L'épaississement cartilagineux de la face externe de la rate était peut-être le résultat de fièvres intermittentes anciennes ; je n'ai pu me procurer de renseignements à cet égard.

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION.

N***, recrue du 18e léger, est atteint, le 10 mars, d'une céphalalgie légère, qui est combattue par une saignée.

2e jour. Le lendemain, la céphalalgie se représente avec plus de force vers midi ; elle s'accompagne de frissons et d'un mouvement fébrile. Le malade est de nouveau saigné et envoyé à l'hô-

pital, où il arrive à dix heures du soir dans l'état suivant : pas de connaissance; pupilles contractées; pouls imperceptible; pâleur et refroidissement de la peau; soubresauts des tendons; taches pourprées, nombreuses et saillantes, sur le tronc et les membres.

Sinapismes aux extrémités. Deux heures après, la réaction survient; on lui oppose l'application de soixante sangsues, mises en quatre fois aux apophyses mastoïdes.

3e jour. Face colorée; délire; envies de pleurer; pupilles dilatées; pouls petit et fréquent.

Le malade a vomi pendant la nuit : à toutes les questions, il répond : *O mon Dieu!* Diète; limonade; potion avec 6 décigrammes de sulfate de quinine; plus 12 décigrammes en lavement. A dix heures du soir, l'agitation est moindre, le malade répond *oui* à toutes les questions. Application de deux vésicatoires aux jambes.

4e jour. Coloration normale; mouvements convulsifs de la face; pouls faible et fréquent; soif extrême : une selle a eu lieu. Le malade ne donne aucun signe de sensibilité quand on pince le côté externe des membres : le pincement du côté interne n'en excite que de faibles marques.

Il tire la langue quand on la lui demande, et paraît faire de vains efforts pour répondre aux questions; il ne peut prononcer que quelques

mots sans aucun rapport avec ce qu'on lui demande : on dirait qu'il a perdu la mémoire des mots.

Potion avec 8 décigrammes de sulfate de quinine ; 12 décigrammes du même sel sur les vésicatoires.

Le soir, le pouls est devenu élevé, lent et intermittent ; il y a congestion de la face et disposition à l'hilarité. Application de trente sangsues, en trois fois, derrière les oreilles ; saignée de 250 grammes, dont on profite pour procéder à l'analyse chimique du sang.

5e jour. Renversement de la tête en arrière. La prescription du sulfate de quinine en potion et sur les vésicatoires est réitérée.

Le soir, il y a eu réaction ; moiteur de la peau ; souplesse et fréquence de la peau ; constipation. Administration d'un lavement purgatif.

6e jour. Le malade a uriné et fait une selle sous lui. La nuit a été plus tranquille ; les cris de douleur sont moins rapprochés : 4 décigr. de calomel.

7e jour. Paupières bordées d'un mucus puriforme ; pouls plein et fréquent ; respiration embarrassée ; plénitude de la vessie ; urines sédimenteuses et colorées. Mort à neuf heures du matin.

Autopsie trente et une heures après la mort. Injection générale et très-vive des méninges ; in-

filtration sanguine, en forme d'ecchymose, d'un pouce et demi de large, sur cinq de longueur, à la partie postérieure et supérieure de l'hémisphère gauche; traînées purulentes entre les circonvolutions cérébrales. Pulpe sablée et de consistance normale.

Les ventricules contiennent du pus bien formé, en petite quantité : les parois des ventricules latéraux sont finement arborisées.

Les méninges rachidiennes sont distendues par une sérosité purulente.

Une gaîne purulente accompagne la moelle épinière dans toute son étendue.

Le cœur droit contient des caillots fibrineux, qui se prolongent dans l'artère pulmonaire.

Le péricarde contient une sérosité limpide.

La membrane muqueuse gastrique est injectée en quelques points et ramollie.

L'intestin grêle est sain, et contient sept lombrics, auxquels correspondent des rougeurs circonscrites à leur gîte.

La vessie est remplie d'un liquide qui a l'aspect du café au lait.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION.

R***, ancien soldat du 18e léger, est atteint, le 18 mars, de frissons suivis de chaleur et de céphalalgie. Des vomissements ont lieu pendant la

nuit, et le malade entre le lendemain matin à l'hôpital dans l'état suivant :

2ᵉ jour. Intelligence libre, céphalalgie frontale intense, face pâle, pouls faible et régulier.

Saignée de 500 grammes et lavement purgatif.

A deux heures réaction, moiteur, persistance de la céphalalgie.

Application de quarante sangsues, en deux fois, aux apophyses mastoïdes ; compresses froides sur le front. Le soir, le malade se plaint d'une douleur vive au fond des orbites : il redemande des sangsues ; on en applique trente, en plusieurs fois, pendant la nuit.

3ᵉ jour. Vomissements et trois selles pendant la nuit ; le pouls est régulier, la céphalalgie a diminué. Le malade préfère le décubitus abdominal au dorsal, qui renouvelle, dit-il, la douleur orbitaire.

Calomel, 4 décigrammes; bain tiède de dix minutes, pendant lesquelles on pratique des affusions froides sur la tête. L'heure suivante est parfaitement calme ; puis il survient une réaction vive avec céphalalgie et envie de dormir sans succès. Application de trente sangsues en trois fois, derrière les oreilles, et compresses froides sur le front. Ces moyens sont suivis de soulagement.

4ᵉ jour. Céphalalgie frontale, roideur du cou, douleur dans les gras de jambes, pouls fréquent

et un peu élevé : trois selles dans les vingt-quatre heures.

Calomel 4 décigrammes, trente sangsues aux tempes, et autant à la région lombaire. Le soir, le malade n'éprouve plus de douleur : il dort d'un sommeil paisible.

5e jour. Douleur légère à la tête et à la nuque, roideur du cou, éruption vésiculeuse autour de la bouche : deux selles.

4 décigrammes de calomel, six ventouses scarifiées sur le rachis cervical.

Le soir, le pouls s'élève : application de vingt sangsues aux tempes, en deux fois.

6e jour. La nuit a été agitée; la langue est sèche, le pouls fréquent, mais les douleurs sont légères. Dix sangsues aux tempes, et continuation du calomel.

Le soir, céphalalgie, déglutition brûlante : dix sangsues au cou.

7e jour. Le malade a été très-agité pendant la nuit, la vue est trouble, la langue froide, la soif vive, le pouls très-fréquent. Deux cautères à la nuque.

Le soir, le pouls augmente de fréquence et devient très-petit; les extrémités se refroidissent. Application de sinapismes.

8e jour. Mort à cinq heures du matin.

Autopsie vingt-huit heures après la mort.

Injection vive des méninges cérébro-rachidiennes. On remarque quelques traînées opalines sur la convexité du cerveau. L'intervalle qui sépare la commissure optique de la protubérance et la partie postérieure du cervelet sont couverts d'un pus solide et membraniforme. La pulpe cérébrale est consistante et très-sablée.

Les ventricules latéraux contiennent une petite quantité de sérosité limpide, où nagent quelques flocons purulents.

Le rachis présente une couche purulente concrète qui enveloppe la moelle épinière dans toute sa longueur, et dont l'épaisseur est surtout considérable sur sa face postérieure. Les méninges de la région lombaire sont distendues par un épanchement purulent.

Le cœur n'offre rien de remarquable.

L'estomac contient un liquide verdâtre : sa membrane muqueuse est très-ridée et ramollie; elle est injectée au sommet de ses plis.

L'intestin grêle offre des rougeurs dans les points occupés par huit lombrics.

La fin de l'iléon est le siége d'une injection vineuse.

La vésicule biliaire est distendue par une bile noire.

Dans cette observation, les lésions rachi-

diennes sont beaucoup plus tranchées que celles de l'encéphale, sans que rien ait annoncé cette prédominance pendant la durée de la maladie.

Je signalerai encore l'amélioration momentanée qui a suivi l'emploi des affusions froides. Malheureusement, ce moyen puissant exige des précautions particulières, qui ne permettent pas de l'employer dans un service d'hôpital, lorsqu'on a un grand nombre de malades à soigner.

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION.

C***, recrue du 18e léger, est atteint, dans la nuit du 13 au 14 février, de frissons avec céphalalgie susorbitaire et douleur dans le côté gauche de la poitrine. Entré à l'hôpital le 14, il accuse, en outre, une vive douleur à la nuque. Le chirurgien de garde lui fait une saignée de 500 grammes, et une application de vingt sangsues derrière les oreilles.

Le soir, je trouve le pouls régulier, les douleurs sont les mêmes que le matin. La saignée n'a pas fourni de couenne. Applications sinapisées aux jambes.

2e jour. Douleur et roideur tétanique du cou, pouls plein et fréquent.

Saignée de 500 grammes, qui est couenneuse, six ventouses scarifiées à la nuque, calomel 2 décigrammes.

3ᵉ jour. La douleur occupe la tête et la région lombaire; le malade n'a pas eu de selles. Application de six ventouses scarifiées aux lombes; la prescription du calomel est réitérée.

Le soir, le pouls a pris de la dureté : troisième saignée de 250 grammes, qui fournit une couenne; lavement purgatif.

4ᵉ jour. Les douleurs persistent; l'intelligence reste libre; la vision est nette, bien que les pupilles soient contractées et immobiles; le pouls est fréquent et dur; quelques pétéchies paraissent sur le tronc.

Quatrième saignée de 250 grammes ; calomel, 2 décigrammes.

Les douleurs lombaires s'exaspèrent pendant la nuit, et le chirurgien de garde fait dans cette région une application de quarante sangsues.

5ᵉ jour. Diminution notable des douleurs; sécheresse de la langue. Lavement émollient.

6ᵉ jour. Douleurs abdominales, difficulté d'uriner; embrocations d'huile camphrée sur l'abdomen, lavement émollient.

7ᵉ jour. Pas de changement. Cataplasmes sinapisés aux extrémités.

8ᵉ jour. Le pouls redevient dur et élevé : cinquième saignée de 190 grammes, qui est fortement couenneuse.

9ᵉ jour. Langue sèche, météorisme abdominal,

facies typhoïde, pas de diarrhée. Cataplasmes sinapisés aux pieds; demi-lavement émollient.

10e jour. Pouls régulier; abdomen moins tendu et moins douloureux. Le soir, réaction légère.

11e jour et suivants. Le pouls s'affaiblit de plus en plus; le malade tombe dans un abattement extrême; les pupilles restent dans l'état naturel.

15e jour. État fuligineux de la bouche; dure é du pouls.

17e jour. Pouls fréquent et élevé; délire: vomissements.

18e jour. Mort à 3 heures du matin.

Autopsie cadavérique. Les membranes qui enveloppent le cerveau ne présentent d'injection qu'à la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère droit. La pulpe cérébrale est très-ramollie et n'offre pas de sablure marquée. La paroi externe du ventricule gauche est réduite en bouillie blanchâtre dans une étendue de deux pouces d'avant en arrière. Ce ramollissement s'étend jusqu'à la périphérie cérébrale, sans que les membranes correspondantes soient intéressées. La base du cerveau repose sur une masse purulente solide, qui se continue dans le rachis, en enveloppant la moelle épinière, dans toute sa longueur, d'une couche qui a deux à trois millimètres d'épaisseur.

L'estomac contient un liquide qui a la couleur

du marc de café; sa membrane muqueuse est très-ramollie, mais n'offre aucune injection.

Les intestins grêles offrent quelques rougeurs légères et contiennent huit lombrics.

TRENTIÈME OBSERVATION.

J***, recrue du 18e léger, est pris subitement, le 2 mars, à une heure après midi, de frissons, de vomissements et de céphalalgie. Le chirurgien du corps fait une saignée qui dissipe ces accidents. A quatre heures, J*** a l'imprudence de manger sa soupe : aussitôt retour des mêmes symptômes et envoi à l'hôpital.

Le chirurgien de garde pratique une saignée de 500 grammes qui ne fournit pas de couenne.

2e jour. Face colorée, douleur vive au front, aux yeux, aux reins et aux jambes. Les yeux sont saillants, les pupilles contractées et peu mobiles; la respiration est plaintive; le pouls régulier; la langue saburrale; il y a constipation depuis quelques jours. La peau présente des taches pourprées de deux à trois millimètres de largeur, et exhale une odeur prononcée de souris.

Trente sangsues aux apophyses mastoïdes, et autant à la région lombaire; lavement purgatif. Le soir, la céphalalgie a diminué : vingt sangsues à la nuque, compresses froides sur le front; le lavement est réitéré.

3e jour. Le malade ne souffre plus que très-peu de la tête ; le pouls est calme. Calomel 2 décigrammes bis. A dix heures du matin, retour des douleurs céphalo-lombaires : le chirurgien de garde applique trente sangsues aux apophyses mastoïdes, et six ventouses scarifiées aux lombes.

Le soir, je trouve le pouls dur, et je prescris une saignée de 250 grammes.

4e jour. Plus de douleurs. L'expression de la physionomie est bonne. Continuation du calomel.

5e jour. Éruption pustuleuse autour de la bouche. A dater de ce jour, amélioration progressive; le malade mange le quart de la portion.

14e jour. Dans la nuit du quatorzième au quinzième jour, retour subit des douleurs, qui se fixent à l'occiput.

15e jour. Plaintes vagues; absence de mouvement fébrile; le malade affirme n'avoir fait aucune imprudence.

Application de trente sangsues à la nuque ; lavement purgatif ; cataplasmes sinapisés aux pieds.

16e jour. Amélioration qui dure jusqu'au vingt-unième jour. Alimentation légère.

21e jour. Douleur subite à la nuque ; roideur du cou ; coloration vive de la joue gauche, et transition brusque et fréquente de la rougeur à la pâleur de la face. Application de deux cautères à la nuque.

22e jour. Accès fébrile à midi. Potion opiacée avec addition de 3 décigr. de sulfate de quinine.

23e et 24e jours. Pas de fièvre. Continuation de la potion.

25e jour. Douleurs abdominales, diarrhée. Le soir, plénitude de la vessie; pouls petit. Cathétérisme; demi-lavement amylacé; embrocations huileuses sur l'abdomen.

26e et 27e jours. Météorisme abdominal, prostration extrême. Mort le vingt-huitième jour.

Autopsie vingt-six heures après la mort. Une grande quantité de sang s'écoule à l'ouverture du crâne. Les méninges cérébrales sont légèrement injectées, et les scissures offrent une teinte opaline. Pulpe cérébrale consistante et sablée.

Les ventricules latéraux contiennent du pus dans les angles postérieurs et de la sérosité citrine dans les angles antérieurs. Le troisième et le quatrième ventricule contiennent également du pus.

La voûte à trois piliers est réduite en une bouillie blanchâtre.

Une couche purulente solide occupe la base du cervelet et l'excavation qui la sépare de la commissure optique. Cette couche se prolonge dans le rachis, et présente une plus grande épaisseur à la face postérieure de la moelle que sur les autres. Les filets lombaires sont d'un rose vif.

La membrane muqueuse gastrique est blanche et ramollie.

L'intestin grêle contient quatre lombrics, et offre une coloration brunâtre à la fin de l'iléon.

Cette observation est remarquable par la convalescence qui a persisté pendant huit jours et a été suivie d'une rechute mortelle, due sans doute à quelque écart de régime qui est resté ignoré.

Je dois signaler aussi l'accès fébrile du vingt-deuxième jour, qui ne s'est plus présenté après l'emploi du sulfate de quinine, et le ramollissement de la voûte à trois piliers que rien n'avait fait soupçonner pendant la vie.

TRENTE-UNIÈME OBSERVATION.

C***, ancien soldat du 18e léger, est atteint, dans la soirée du 7 avril, de céphalalgie avec vomissements et mouvement fébrile. Apporté le lendemain à l'hôpital, il y arrive dans un état de prostration très-marqué. La face est pâle; le pouls petit et lent.

4 décigrammes de sulfate de quinine en potion et saignée conditionnelle de 500 grammes, s'il se manifeste une réaction suffisante. Cette circonstance se présente le soir, et la saignée est pratiquée. Des vomissements ont lieu pendant la nuit.

3e jour. Pouls régulier; face pâle et d'une teinte cuivrée, qui paraît dépendre de l'origine méri-

dionale du malade. Douleur frontale; soif; constipation. Le sang de la saignée n'est pas couenneux.

Dix sangsues en permanence au front; limonade; lavement purgatif. Le soir, agitation, délire; le malade a eu une selle involontaire; il porte habituellement la main à la nuque, et change continuellement de position. Cinquante-deux sangsues ont été placées pendant la journée.

4e jour. Douleur au fond des orbites; sensibilité des yeux à la lumière; pupilles contractées; vision nette; céphalalgie frontale moindre; intelligence libre; pouls régulier; langue blanchâtre; soif intense.

Potion opiacée avec addition de 6 décigrammes de sulfate de quinine; sangsues en permanence aux tempes; applications froides sur le front; lavement purgatif.

A dix heures, il survient une réaction fébrile moins forte que la dernière de la veille.

Le soir, le malade est tranquille. Quatre-vingts sangsues ont été appliquées dans les vingt-quatre heures.

5e jour. Agitation nocturne; céphalalgie légère le matin; douleurs et crampes aux mollets; pouls régulier. Potion avec 6 décigrammes de sulfate de quinine, applications froides; six ventouses

scarifiées à la région lombaire; frictions sur les jambes, avec un liniment opiacé.

Le soir, le malade n'éprouve aucune douleur; l'exacerbation habituelle manque; il veut se lever et réclame ses habits.

6e jour. Il ne reste plus qu'un peu de céphalalgie. Bouillon maigre; potion avec 5 décigrammes de sulfate de quinine; calomel 4 décigrammes; applications froides.

7e jour. Agitation et chants pendant la nuit. Le matin, le malade n'accuse aucune douleur; le pouls est régulier; la langue sèche au centre; le facies offre l'expression de stupeur qui caractérise l'état typhoïde. La soif est vive. Même prescription.

8e jour. Rêvasseries momentanées, qui cessent lorsqu'on fixe l'attention du malade. Il n'éprouve de douleurs que lorsqu'il se tourne. Vésicatoire à la nuque; calomel, 3 décigrammes.

9e jour. La constipation persiste, la langue est blanche et piquetée de rouge. Calomel, 4 décigrammes; lavement.

10e jour. Le malade dit se trouver très-bien. L'intelligence est libre. Bouillon maigre, calomel 4 décigrammes.

Du 11e au 14e jour. Pas de changement sensible. Le malade mange un peu de vermicelle; il ne fait aucun bruit, mais passe toutes les nuits

sans dormir : il a déchiré ses draps et ne s'en souvient pas : une expression d'hébétude règne sur sa physionomie.

15ᵉ jour. Soubresauts des tendons; tranquillité parfaite.

18ᵉ jour. Selles involontaires. Potion avec extrait de quinquina 4 grammes, continuée les jours suivants.

21ᵉ jour. Application de deux cautères aux tempes. Silence constant; indifférence complète.

22ᵉ jour. La peau des membres supérieurs est complétement insensible, mais les mouvements persistent. Application de deux vésicatoires aux jambes.

25ᵉ jour. Vomissements. On saupoudre chaque vésicatoire de 5 décigr. de sulfate de quinine.

33ᵉ jour. Mort du malade, arrivé à un état complet d'idiotisme et de prostration.

Autopsie. Injection et épaississement de l'arachnoïde de la portion antérieure des hémisphères : opacité de cette membrane en avant et en arrière du pont de Varole, à la base du cerveau et du cervelet. Sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde.

La substance cérébrale est légèrement pointillée, mais de consistance normale. Les cavités ventriculaires sont tellement distendues par de la sérosité, que les couches optiques sont aplaties par

la compression qu'elles ont éprouvée. Les cornes postérieures des ventricules contiennent du pus.

Les méninges rachidiennes sont injectées et épaissies; elles sont soulevées par une sérosité abondante, au-dessous de laquelle existe une couche épaisse de pus.

Le péricarde contient un peu de sérosité.

L'estomac est sain. L'intestin grêle présente à sa partie moyenne une plaque de la grandeur d'une pièce de cinq francs, où la membrane muqueuse est épaissie et d'un rouge noirâtre. Un ascaride lombricoïde habitait cette portion de l'intestin.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION.

G***, recrue du 18e léger, est atteint, le 18 juin, de frissons et de céphalalgie. Envoyé de suite à l'hôpital, on lui pratique une saignée de 500 grammes, qui fournit un coagulum consistant.

2e jour. La tête est moins douloureuse; la langue est chargée; la bouche mauvaise : il y a constipation. Je découvre une tache pourprée sur l'abdomen et une sur le dos.

Ipécacuana stibié, suivi de vomissements abondants. Le soir, le malade prend une potion avec 10 décigrammes de sulfate de quinine.

3e jour. Douleur à la tête, à la nuque et aux reins. Trente sangsues aux tempes et derrière les

oreilles; applications froides sur le front; lavement avec 2 grammes de sulfate de quinine.

4e jour. La tête est lourde; le malade ne se plaint plus que des reins; pouls régulier; constipation.

Potion avec 6 décigrammes de sulfate de quinine; lavement émollient; six ventouses scarifiées aux lombes. Le soir, exacerbation fébrile; retour de la céphalalgie; frissons.

5e jour. Face colorée, pouls fréquent et peu élevé, langue humide. Le malade souffre surtout des reins. Même potion; lavement de 12 décigrammes de sulfate de quinine; application de vingt sangsues aux apophyses mastoïdes et de trente à la région lombaire. Amélioration le soir; la potion est réitérée.

6e jour. État satisfaisant; éruption autour de la bouche; appétit. Bouillon maigre; 6 décigrammes de sulfate en potion et 2 grammes en lavement; applications froides sur le front. Le soir, la douleur des reins se renouvelle et s'accompagne de chaleur et de moiteur à la peau.

7e jour. Plus de douleur. Même potion; quatre ventouses scarifiées aux lombes.

8e jour et suivants. Amélioration progressive; alimentation légère.

14e et 15e jours. Chaleur frontale qui cède à des applications froides d'oxycrat.

28e jour. Le malade est pris de vomissements : il s'est procuré du vin les jours précédents. Le soir, ex c erbation fébrile ; délire, dont il ne reste aucune trace le matin. Lavement avec sulfate de quinine 10 décigrammes, continué pendant trois jours ; vésicatoire à la nuque.

33e jour. Pas de douleurs, indifférence complète, renversement de la tête en arrière, déglutition pénible. Application de révulsifs aux extrémités. Cet état se prolonge jusqu'au quarante-troisième jour, et le malade succombe.

Autopsie. Le cerveau offre sa consistance ordinaire. On remarque une infiltration sanguine, en forme d'ecchymose, à la partie postérieure de chaque hémisphère. On ne rencontre de pseudo-membrane purulente que sous la protubérance.

Les ventricules contiennent une sérosité rougeâtre, et en outre un flocon de pus du côté droit. La moelle épinière n'offre rien de remarquable ; elle est baignée dans une sérosité limpide.

Le cœur contient, comme d'ordinaire, des concrétions fibrineuses qui se prolongent dans l'artère pulmonaire. On rencontre dans les gros troncs artériels un sang noir, qui a la consistance de la mélasse.

L'estomac offre une teinte ardoisée de sa muqueuse, sans ramollissements.

Les intestins grêles contiennent un lombric et présentent quelques rougeurs.

A la lecture de cette observation, on est frappé du peu d'intensité que présentent les lésions cadavériques après une maladie aussi longue et aussi grave. N'est-il pas probable que l'absorption se sera emparée de la plus grande partie des produits morbides que nous avons observés dans les cas analogues? La longueur de la maladie et la convalescence qui a précédé une rechute due manifestement à des écarts de régime me paraissent autoriser cette explication.

SYMPTÔMES ET MARCHE DE LA MALADIE.

La maladie a offert trois périodes bien distinctes d'après la marche progressive des symptômes et les vicissitudes du pouls. Cette distinction, d'après l'état de la circulation, due à Whytt et reconnue par M. Guersent, nous a paru parfaitement fondée.

Première période.

L'invasion a été le plus souvent brusque et instantanée : dans quelques cas, elle a été précédée de pesanteur de tête, de vertiges et de céphalalgie pendant quelques jours.

Une céphalalgie intense, accompagnée de frissons et suivie de vomissements bilieux, ouvrait

ordinairement la première période de la maladie au milieu des apparences de la plus belle santé; elle occupait de préférence la région frontale, les tempes ou l'occiput, et s'exaspérait par accès de courte durée, pendant lesquels la face se colorait brusquement, et la douleur arrachait des cris aigus au malade. Ces accès étaient suivis d'un état de calme, pendant lequel un état comateux plus ou moins profond succédait à l'agitation et au délire.

Chez un malade qui était de garde au château, l'invasion a été signalée par une roideur générale telle, qu'il n'a pu marcher pour se rendre au quartier, et qu'il a dû faire ce trajet en sautillant tout d'une pièce, appuyé sur un de ses camarades.

Dans quelques circonstances, les malades ont offert l'apparence apoplectique et ont été foudroyés en quelques heures : la résolution des membres, la perte de connaissance, la bouche écumeuse et comme fumant la pipe, la respiration stertoreuse caractérisaient cette manifestation de la maladie.

Un mouvement fébrile d'une intensité variable succédait habituellement aux frissons de l'invasion. Toutefois, dans un assez grand nombre de cas, la réaction a été tardive, ou a même complétement manqué; de là deux formes bien tranchées de la maladie : la première, que j'appellerai

inflammatoire, plus fréquente dans les premiers temps de l'épidémie, et offrant des réactions vives et franches; la seconde, qu'on peut appeler *nerveuse ou typhoïde*, plus souvent observée sur la fin de la maladie, et remarquable par la prédominance des phénomènes nerveux. Ces deux manifestations de la maladie se confondaient dès que la réaction était survenue.

La douleur, fixée d'abord dans les parties latérales et antérieures de la tête, se propageait successivement à la nuque, aux régions cervicale et lombaire de la moelle épinière, et de là aux membres inférieurs : je ne l'ai observée qu'une fois au sommet de la tête. Je n'ai pas remarqué que la douleur rachidienne fût augmentée par la pression.

La tête paraissait plus libre à mesure que la maladie suivait cette marche descendante; la face était habituellement rouge et animée : dans quelques cas, elle est restée constamment pâle; les regards fuyaient la lumière, et les paupières résistaient aux efforts qu'on faisait pour les séparer; d'autres fois, les yeux étaient fixes et hagards, et faisaient saillie hors des orbites.

La vision était trouble et parfois abolie; les malades se plaignaient de vertiges et d'éblouissements, d'avoir les *yeux brouillés*, de *voir double*, ou de ne pas avoir le *champ des yeux droit* : je rapporte ici leurs propres expressions.

Les pupilles étaient immobiles, plus souvent dilatées que contractées; le fond des orbites était, chez quelques-uns, le siége d'une douleur très-vive, qu'ils dépeignaient en disant qu'on leur arrachait les yeux.

Les mâchoires étaient, dans quelques cas, rapprochées et agitées de mouvements convulsifs; les sourcils étaient froncés, le front plissé, et la physionomie exprimait la douleur; les malades se plaignaient de sentir des morsures aux tempes, des coups de lancette au front, des bourdonnements d'oreilles ou des battements dans la tête; ils accusaient des sensations insolites de chaleur brûlante ou de glaçons qui leur couraient sous la peau : beaucoup se grattaient violemment la poitrine, la nuque et les parties génitales, de manière à y imprimer la trace de leurs ongles, et la mort en a même frappé deux pendant la crise d'une masturbation convulsive.

La contraction tétanique des muscles de la partie postérieure du tronc s'est présentée plusieurs fois; elle déterminait la roideur du cou et le renversement de la tête en arrière. Dans quelques cas, la douleur de la nuque se propageait à la partie antérieure du cou, et s'accompagnait de l'engorgement des ganglions cervicaux.

Les malades se plaignaient encore de douleurs dans les genoux et de crampes dans les mollets.

Les mouvements imprimés au corps exaspéraient ou renouvelaient les douleurs; aussi les malades demeuraient-ils immobiles et ramassés dans leur lit en arc de cercle, la tête placée au niveau de leur corps et ne posant pas sur le traversin : quelques-uns, ne pouvant supporter un point d'appui fixe, soutenaient leur tête entre leurs mains, les coudes étant appuyés sur le lit. La plupart affectaient le décubitus abdominal et se plaignaient que le décubitus dorsal augmentait les douleurs de tête. Les exacerbations avaient surtout lieu le soir et ramenaient, avec les élancements douloureux de la tête, une agitation et un besoin continuel de changement de position qui nécessitaient, chez quelques malades, l'emploi des moyens contentifs. C'était alors un spectacle bien triste que celui de tous ces malheureux faisant retentir la salle de longs cris de douleur, auxquels répondaient, d'un côté, des chants joyeux, et de l'autre des propos incohérents ou des prières religieuses. Toutefois, le délire et l'état comateux, qui se succédaient à des intervalles irréguliers, cédaient momentanément lorsque, par une parole haute, on fixait l'attention des malades. Leurs réponses étaient brèves, mais d'une lucidité constante, et l'intégrité de l'intelligence n'a pas été le phénomène le moins remarquable de la maladie.

Dans les premiers moments de l'épidémie, le pouls était généralement plein, dur et fréquent, et ne cédait qu'après de copieuses saignées. Le cœur était parfois agité de mouvements tumultueux et comme vermiculaires : le sang tiré à cette époque était très-souvent couenneux et contenait peu de sérosité; lorsque la couenne manquait, le coagulum était volumineux et adhérait fortement par ses bords aux parois du vase.

Chez quelques malades, au contraire, le pouls était petit, et quelquefois même imperceptible; tantôt d'une fréquence très-grande, tantôt d'une lenteur remarquable. Je l'ai vu varier de cent quarante à quatre-vingt-deux pulsations, et revenir à cent quarante dans un intervalle de quarante-huit heures : cet état du pouls, qui s'accompagnait de la pâleur de la face, d'une somnolence presque continuelle, et du refroidissement des extrémités inférieures, s'est montré plus fréquemment dans la deuxième moitié de l'épidémie, et coïncidait avec un sang plus riche en sérum qu'en fibrine.

La respiration suivait les vicissitudes de la circulation, tantôt régulière et paisible, tantôt bruyante, inégale et pressée, suivant que le malade était dans un moment de calme ou d'accès.

Les organes digestifs sont restés le plus sou-

vent étrangers à la scène morbide pendant la première période de la maladie ; la langue était blanche et humide, l'abdomen souple et indolent, mais enchaîné par une constipation opiniâtre; la soif était nulle ou modérée, l'appétit nul, les urines rares et colorées.

Dans un petit nombre de cas, la langue s'est montrée sèche et rouge, ou même fuligineuse, avec sensibilité de l'abdomen à la pression.

Les vomissements qui avaient signalé le début de la maladie se renouvelaient quelquefois pendant cette période, et coïncidaient avec les élancements douloureux de la tête.

Quelques malades avaient des épistaxis ou rendaient des lombrics par la bouche ou par les selles.

Dans les trois ou quatre premiers jours, on remarquait sur la peau, dans la plupart des cas graves, des taches d'une brun foncé, ou d'un pourpre vif, quelquefois arrondies et lenticulaires, d'autres fois irrégulièrement découpées et ayant de deux à dix millimètres de largeur ; elles occupaient de préférence la partie antérieure du tronc et des membres inférieurs, ne disparaissaient pas par la pression, et faisaient quelquefois une saillie prononcée au-dessus de la peau (obs. 9e et 20e). Chez deux sujets, elles offraient à la jambe gauche un aspect confluent et s'accompagnaient d'un

refroidissement notable du membre (obs. 19e et 25e).

Dans quelques cas, au lieu d'une éruption pourprée, j'ai observé des taches d'un noir d'encre, mal circonscrites, et se fondant comme des ombres sous la peau, ou des taches rouges analogues à celles de l'urticaire et de la scarlatine, ou encore une véritable éruption miliaire rouge.

Du deuxième au cinquième jour, les lèvres se couvraient, chez beaucoup de malades, d'une éruption vésiculeuse analogue à celle du zona, qui arrivait en peu de jours à la dessiccation : dans le même temps, les gencives se recouvraient de plaques blanches pultacées, qui se détachaient de la muqueuse avec la plus grande facilité.

Cette première période pouvait se prolonger jusqu'à la fin du premier septénaire, et la mort survenait le plus souvent pendant sa durée. En effet, sur soixante-six décès, quarante-six ont eu lieu dans les huit premiers jours de la maladie.

Lorsque la terminaison devait être heureuse, on voyait les douleurs diminuer et disparaître, non toutefois sans avoir offert des retours passagers; les yeux perdaient leur éclat morbide, l'appétit devenait impérieux, la liberté du ventre se rétablissait, et le malade arrivait rapidement à une franche convalescence, sans phénomènes critiques apparents.

Deuxième période.

La deuxième période, qu'on peut appeler aussi période de suppuration, s'annonçait par une suspension trompeuse des symptômes précédents, due à la compression qu'exerçaient sur le système nerveux les produits morbides développés par le travail inflammatoire dans l'épaisseur des méninges. Les parois de la cavité crânienne opposant une résistance invincible à la turgescence de la masse encéphalique, on voyait sous cette influence les phénomènes d'excitation s'effacer peu à peu; la céphalalgie devenait moins intense, et même nulle par moments; la face, pâle ou inégalement colorée, passait brusquement d'une teinte à l'autre; le pouls devenait lent et descendait à trente-cinq ou quarante pulsations; la respiration était ralentie, et les pupilles, très-dilatées, avaient perdu leur sensibilité à la lumière.

Les malades, plongés dans la somnolence, affectaient de préférence le décubitus abdominal, et se pelotonnaient sous leurs couvertures pour se garantir du froid. Le moindre bruit leur était parfois pénible et éveillait leur susceptibilité; ils désiraient le sommeil sans pouvoir l'obtenir, et ne souffraient que lorsqu'on leur imprimait quelque mouvement.

Quelquefois, à cette époque, le système mus-

culaire présentait une roideur générale, ou une résolution complète : on observait la carphologie, les soubresauts de tendons. Cet état s'accompagnait d'une diminution notable de la sensibilité, principalement au côté externe des membres; quelquefois même elle a paru abolie totalement, la motilité n'a présenté de lésions analogues que dans trois circonstances où la nécropsie a démontré la complication d'encéphalite.

Il est arrivé rarement d'observer des rétentions d'urine, ou des évacuations involontaires, et l'application des vésicatoires n'a pas été étrangère au premier de ces accidents.

Quelques malades témoignaient de l'appétit, mais le plus grand nombre montrait à cet égard la plus complète indifférence. Les urines étaient limpides et abondantes; les selles n'avaient lieu qu'autant qu'elles étaient sollicitées.

Les éruptions diverses survenues à la peau pendant la première période n'existaient plus : trois malades ont offert une odeur prononcée de souris, bien que la maladie ne se présentât point sous l'aspect typhoïde.

Dans quelques cas, une sueur plus ou moins considérable s'est manifestée. Il est à remarquer que la privation d'aliments n'agissait qu'au bout d'un temps fort long sur l'embonpoint et la coloration des malades. Il y avait une sorte d'ar-

rêt dans les fonctions digestives, en même temps que dans les mouvements intimes qui constituent la nutrition.

Des exacerbations paroxystiques ramenaient, à des intervalles variables, les douleurs céphalo-rachidiennes, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls et la coloration de la face : dans quelques cas, elles offraient une sorte de régularité dans leur retour, et se montraient sous un type quotidien ou tierce assez bien tranché, qui leur donnait de la ressemblance avec le clou hystéralgique intermittent.

Chacun de ces accès était suivi d'un abattement plus marqué et d'une sorte d'apyrexie, pendant laquelle la chaleur de la peau s'abaissait au-dessous de l'état normal et le pouls descendait jusqu'à quarante ou quarante-cinq pulsations.

Quelquefois les deux artères radiales présentaient des différences notables : le pouls, insensible d'un côté, était vibrant de l'autre.

Cette période pouvait se prolonger pendant la durée du deuxième et du troisième septénaire. Lorsque la guérison devait avoir lieu, le malade se réveillait peu à peu de l'état de torpeur dans lequel il était plongé. Le retour de l'appétit et des forces digestives, l'exercice plus libre des facultés intellectuelles, le retour de la mémoire, suivaient les progrès de l'absorption des produits

morbides, et annonçaient le rétablissement de l'influence nerveuse si longtemps suspendue.

Quelques malades ont succombé à cette époque par suite d'une rechute, ou de maladies intercurrentes, et nous ont fourni l'occasion de prendre sur le fait le travail médicateur de la nature.

Troisième période.

Lorsque l'organisme, frappé trop profondément, était impuissant à parfaire le travail éliminateur, la maladie prenait une forme chronique qui constituait sa troisième période, et pouvait se prolonger jusqu'au cinquantième ou soixantième jour. Les malades n'accusaient plus de douleurs, mais se plaignaient d'un sentiment général de fatigue : ils demeuraient immobiles, couchés sur le ventre et indifférents à tout ce qui les entourait. Ils ne répondaient que par monosyllabes, lorsqu'on les pressait vivement de questions : leur regard était fixe, les yeux ternes, saillants et couverts d'une couche albumineuse, qui s'accumulait à la partie inférieure de la cornée : les paupières étaient bordées d'un mucus puriforme. Les facultés intellectuelles, la mémoire et la vision étaient affaiblies, mais l'ouïe conservait son intégrité, à moins que les oreilles ne fussent le siége d'écoulements purulents, ce que j'ai observé deux fois. La langue était froide

et pâle, tantôt sèche, tantôt humide; la déglutition pénible et quelquefois brûlante; l'appétit plus souvent nul que vif.

Les voies digestives offraient une grande susceptibilité, qui se manifestait par des vomissements opiniâtres, le hoquet, le météorisme abdominal et la diarrhée. Des ascarides étaient encore expulsés à cette époque par quelques malades.

La peau devenait sèche et aride, et offrait aux extrémités une desquamation analogue à celle de la scarlatine. Les extrémités étaient froides et insensibles, et le corps offrait, dans quelques cas, une rigidité générale. Enfin des escarres se formaient au sacrum et le malade arrivait à un état de marasme déplorable. Dans les derniers temps, le pouls, qui avait été petit, inégal, irrégulier et lent, reprenait de l'élévation et de la fréquence : la respiration suivait ses vicissitudes, et la mort survenait après une succession de paroxysmes fébriles tumultueux, de plus en plus rapprochés.

Un fait bien remarquable, c'est le bon état du moral pendant toute la durée de la maladie. Jamais aucun malade n'a offert de signes de nostalgie, ou témoigné des craintes sur son sort. Le caractère du délire a été généralement gai et toujours exempt de fureurs ou de menaces ; quelquefois il a été accompagné d'une idée fixe. Arrivés à la convalescence, les malades acceptaient sans

aucun empressement les congés que je leur offrais et les refusaient quelquefois, dans la crainte que leur instruction militaire ne souffrît de leur éloignement.

Terminaison.

Sur cent cinquante-quatre cas de méningite, soixante-six se sont terminés par la mort, et quatre-vingt-huit par la guérison, ce qui fait une mortalité de quarante-deux pour cent.

Les décès ont eu lieu aux jours suivants de la maladie :

1er jour de la maladie,	8 décès.
2e	5
3e	4
4e	5
5e	7
6e	7
7e	6
8e	4
9e	1
10e	1
15e	1
18e	4
21e	1
29e	2
33e	3
38e	1
43e	2
45e	1
54e	1
61e	1
90e	1
Total.	66 décès.

Ainsi, quarante-six ont eu lieu dans les huit premiers jours, pendant la première période de la maladie ; huit dans les deuxième et troisième septénaires (deuxième période), et douze dans la troisième.

Les jours les plus funestes ont été les 1er, 5e et 6e.

Les quatre-vingt-huit guérisons com-

prennent vingt-quatre cas graves, dans lesquels l'amélioration s'est prononcée généralement du quatrième au septième jour.

Elle a eu lieu le 3e jour une fois.

le 4^e^	7
le 6^e^	5
le 7^e^	6
le 8^e^	1
le 9^e^	1

Chez trois malades elle ne s'est manifestée que du trentième au quarantième jour.

C'est donc pendant la première période que la maladie s'est jugée le plus souvent, et elle a été presque constamment fatale dans les deux autres. Les convalescences ont été généralement longues et incertaines : la pâleur des malades, leur affaiblissement intellectuel et physique, la lenteur et la faiblesse du pouls, la susceptibilité des organes digestifs attestaient l'atteinte profonde reçue par le système nerveux. Douze fois, des rechutes ont troublé le travail réparateur de la nature et compromis de nouveau le sort des sujets ; elles n'ont été fatales que dans deux circonstances.

La maladie s'est compliquée, pendant sa durée, quatre fois d'encéphalite, trois fois de pleuropneumonite, une fois de scarlatine, une fois d'angine gangréneuse, une fois de gangrène de la jambe, une fois d'abcès dans diverses parties du corps.

Pendant la convalescence, j'ai observé six éruptions varioliques, une stomato-pharyngite, un érysipèle flegmoneux du bras, et souvent la diarrhée.

Dans trois cas, la méningite a frappé des individus porteurs d'autres maladies (pneumonite deux fois, ulcères syphilitiques au pénis, une fois). Il est à remarquer que, chez ce dernier malade, l'affection vénérienne a disparu spontanément à la suite de la méningite.

LÉSIONS ANATOMIQUES.

Encéphale.

Lésions de la dure-mère. Dans les soixante autopsies qui ont été faites sous mes yeux, il s'est écoulé, en général, beaucoup de sang à l'ouverture de la cavité crânienne. Nous avons rencontré trois fois une adhérence intime de la dure-mère avec les membranes sous-jacentes et le tissu cérébral.

Dans le premier cas (vingt-deuxième observation), cette adhérence existait à la partie supérieure et un peu postérieure de la faux cérébrale de chaque côté. La dure-mère était très-tendue, et son incision a laissé voir un cerveau turgescent et disposé à se développer, dès qu'il a été délivré de la pression qu'il éprouvait : cette turgescence n'a pas été rare. Dans le deuxième cas, l'adhérence n'existait qu'au côté droit de la partie

moyenne de la faux. La substance corticale offrait sur toute la convexité du cerveau une teinte plus foncée qu'à l'état normal.

Enfin la dix-huitième observation nous a offert sur le côté droit de la dure-mère, en arrière de la partie moyenne de la faux, une saillie prononcée, qui avait la forme d'un tubercule rougeâtre. En l'incisant, on reconnaissait que la membrane était épaissie, et qu'un tissu granuleux jaunâtre, développé au-dessous d'elle dans l'épaisseur de la méningine, déterminait cette saillie. Ces granulations étaient élastiques et ne s'écrasaient pas par la pression. De chaque côté de la faux, on remarquait un développement extraordinaire des corps de Pacchioni, et en les incisant on retrouvait le même tissu granuleux.

La coïncidence de ces altérations avec la coloration paillée du sujet et la présence de deux kystes fibreux dans les ventricules latéraux ne laissaient aucun doute sur le caractère tuberculeux de la maladie.

La vingt-unième observation nous a présenté plusieurs saillies placées sur la gauche de la partie moyenne de la faux cérébrale. Elles étaient formées par un sang noir épanché entre la dure-mère et l'arachnoïde qui, en cet endroit, adhérait fortement au cerveau, par l'intermédiaire de son feuillet viscéral et des corps de Pacchioni.

Dans deux cas, les méninges de la convexité étaient d'une sécheresse remarquable, et l'incision de la dure-mère produisait un bruit analogue à celui du parchemin.

Lésions de l'arachnoïde. Elles ont surtout porté sur les produits de sa sécrétion. J'ai rencontré deux fois un épanchement de sérosité limpide dans la grande cavité de l'arachnoïde, à la face supérieure du cerveau (vingt et unième et trente et unième observations). J'en ai trouvé deux fois à la base de cet organe.

Dans quatre cas, l'arachnoïde était, à sa surface libre, d'une sécheresse extraordinaire, qui produisait une adhérence assez intime entre les faces internes des hémisphères.

Les lésions de l'arachnoïde ventriculaire ont été beaucoup plus fréquentes. J'ai trois fois rencontré une quantité assez considérable de sérosité citrine pour constituer une hydropisie. Dans un de ces cas (obs. 31e), la pression du liquide avait déterminé l'aplatissement des couches optiques ; dans le deuxième cas (obs. 20e), le cerveau ayant été placé sur la convexité, on apercevait une saillie conoïde de la grosseur d'un œuf de pigeon, formée par le soulèvement du plancher du troisième ventricule. Son incision a donné issue à un jet impétueux de sérosité citrine dont la quantité a été évaluée à 190 grammes.

Dans un cas, la sérosité coïncidait avec la présence de granulations grisâtres, demi-transparentes, dans l'épaisseur de la toile choroïdienne.

Au lieu d'une sérosité limpide, j'ai rencontré quatorze fois, dans les ventricules, une sérosité lactescente dans laquelle nageaient des flocons de pus.

Huit fois cette sérosité s'est trouvée d'une couleur rougeâtre.

Les ventricules contenaient treize fois du pus flegmoneux : dans un cas où la maladie s'était prolongée jusqu'au trentième jour, ce pus était fétide et avait, par son poids, déterminé une dépression très-marquée des corps striés.

Dans quatre cas, la membrane interne des ventricules a présenté une arborisation produite par des vaisseaux très-finement injectés : trois fois ces cavités étaient vides. Dans un grand nombre de circonstances, l'arachnoïde qui recouvre la base du cerveau et la protubérance se trouvait manifestement épaissie et opaque; deux fois elle était séparée de la base du crâne par 16 grammes environ de sanie purulente. *L'arachnoïde rachidienne* a été trouvée distendue trente-quatre fois : quatre fois par la présence d'une sérosité citrine, huit fois par celle d'une sérosité floconneuse, et vingt-deux fois par une sérosité purulente.

Lésions de la pie-mère. Elles ont été beaucoup plus fréquentes que celles des autres membranes, et ont varié suivant la durée et l'intensité de la maladie.

1° Injection vive du réseau vasculaire de la pie-mère et suffusions sanguines, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, formant des plaques semblables à des ecchymoses, et se dissipant en partie lorsqu'on incisait l'arachnoïde : on les remarquait surtout aux angles antérieurs et postérieurs des lobes cérébraux, et à la partie postérieure du cervelet. Sur dix-sept cas, elles ont existé treize fois sur les deux hémisphères à la fois, et quatre sur un seul. Dans trois cas, cette infiltration sanguine formait autour du cerveau une couronne complète.

2° Infiltration séreuse de la pie-mère rencontrée deux fois.

3° Infiltration du tissu cellulaire de la pie-mère par une sérosité lactescente, qui dessinait la base des circonvolutions cérébrales, pendant que leur sommet était le siége de fines arborisations. Cette altération, qu'on rencontrait chez tous les malades dès le premier jour de la maladie, se retrouvait encore chez ceux qui avaient échappé aux accidents primitifs, et paraissait trahir alors un travail d'absorption qui n'avait pu se terminer.

4° A une époque un peu plus avancée de la maladie, l'infiltration lactescente était remplacée par des traînées purulentes d'un jaune verdâtre, et d'une consistance pseudo-membraneuse; parallèlement à elles, on remarquait les veines de la périphérie cérébrale, gorgées d'un sang noir et remplies quelquefois de concrétions fibrineuses jaunâtres. Cette disposition, que j'ai surtout rencontrée dans le sinus longitudinal supérieur et ses aboutissants, s'accompagnait d'une tension extrême des méninges et de l'effacement des circonvolutions, par suite des produits morbides qui comblaient leurs intervalles. Cette infiltration a été rencontrée dès le deuxième jour.

5° *Plaques pseudo-membraneuses purulentes*, occupant de préférence les scissures de Sylvius, la commissure optique et l'espace qui la sépare de la protubérance, les faces supérieures, postérieures et inférieures du cervelet, et la face inférieure de la protubérance, en se prolongeant ordinairement dans la cavité rachidienne.

Ces concrétions plastiques avaient jusqu'à quatre à cinq millimètres d'épaisseur, et je les ai rencontrées dès le deuxième ou troisième jour de la maladie.

6° *Kystes ventriculaires*. La cavité des ventricules latéraux a présenté, chez un malade, deux kystes de la grosseur d'une petite olive; leur structure

était fibreuse, et la membrane qui les enveloppait offrait des vaisseaux très-déliés ; ils étaient fixés au fond des ventricules dans leur angle postérieur et inférieur, et entourés d'une petite quantité de sérosité citrine.

Cette lésion se compliquait de granulations tuberculeuses dans les méninges (obs. 18ᵉ).

7° Les corps de Pacchioni ont présenté dans les obs. 18ᵉ et 21ᵉ, un développement extraordinaire.

8° Le plexus choroïde a été trouvé pâle et affaissé, dans un cas où la cavité ventriculaire contenait une quantité considérable de sérosité.

9° La pie-mère rachidienne offrait les mêmes lésions que la pie-mère cérébrale, depuis la simple injection sanguine et l'épaississement jusqu'à l'infiltration séreuse ou purulente, et la formation d'une couche pseudo-membraneuse qui se continuait, sans interruption, en forme de gaîne, depuis l'occipital jusqu'aux dernières divisions de la moelle, où elle perdait sa consistance.

Cette gaîne a été trouvée annulaire quatorze fois ; lorsqu'elle ne l'était pas, elle occupait de préférence la face postérieure de la moelle, et son épaisseur y était plus grande que sur les autres faces.

Plusieurs fois la superficie de cette couche plastique a présenté des corps blancs et arrondis,

de consistance cartilagineuse et dont le volume variait depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une lentille.

Souvent les méninges rachidiennes ont été trouvées distendues dans toute leur longueur par une sérosité floconneuse, ou même par un véritable pus qui, en se mélangeant avec le sang des vaisseaux divisés, y formait des gouttelettes analogues à celles de l'huile.

C'est toujours à la région lombaire que ces collections ont été observées.

Sept fois, les filets nerveux lombaires présentaient une couleur rosée très-vive.

Dans deux cas, j'ai rencontré des adhérences filamenteuses entre la gaîne méningienne et les filets lombaires.

Dans quatre cas, la moelle épinière et ses membranes n'ont rien offert de remarquable soit qu'elles fussent restées étrangères à la maladie, soit que l'absorption eût fait disparaître les traces de leur lésion (obs. 24[e]).

En général, les lésions de la moelle épinière survenaient un peu plus tard que celles de l'encéphale.

Lésions du cerveau. Dans la grande majorité des observations que nous avons réunies, la substance cérébrale ne participait que faiblement aux altérations des méninges.

Dans dix cas, je l'ai trouvée sablée, sans aucun changement dans sa consistance; dans sept, la sablure s'accompagnait d'un ramollissement manifeste; dans douze, elle coïncidait avec une augmentation notable de consistance. Il n'y a pas eu de rapport constant entre ces divers états de la pulpe et la durée de la maladie; une seule fois j'ai rencontré une décoloration remarquable des méninges de la pulpe, avec une consistance normale. Le sujet mort, le cinquième jour, avait eu deux saignées et cent cinquante sangsues. La pulpe cérébrale a été trouvée quatre fois plus consistante qu'à l'état normal, sans augmentation de la quantité de sang qui la pénètre habituellement. Dans un de ces cas, où la mort était arrivée une heure après l'invasion, cette quantité était même au-dessous de l'état ordinaire, comme si la tonicité de l'organe s'était opposée au séjour des liquides.

La pulpe cérébrale a été trouvée ramollie chez dix sujets; le ramollissement était surtout marqué dans le cas où la maladie s'était prolongée sous la forme chronique. Des ramollissements partiels ont été observés quatre fois.

Dans l'observation 29e, le ramollissement occupait la paroi externe du ventricule gauche : la pulpe était réduite en bouillie dans une étendue

de deux pouces jusqu'à la périphérie, mais les membranes superposées étaient saines.

Chez le sujet de l'observation 30e, la voûte à trois piliers était le siége du ramollissement. Dans le troisième cas, le ramollissement occupait le cervelet et les parois ventriculaires; il coïncidait avec la sécheresse de la grande cavité arachnoïdienne et l'hydropisie des ventricules.

Dans ces trois cas, la pulpe était diffluente, mais n'avait pas changé de couleur. Il n'en était pas de même pour le sujet de l'observation 26e, qui avait offert, pendant la vie, une faiblesse extrême du bras droit. L'autopsie a fait reconnaître un ramollissement rouge, occupant l'espace d'une petite noisette dans la couche optique gauche. Nous avons rencontré, dans un cas, une coloration rouge du corps strié gauche sans ramollissement : le sujet avait offert, dès le deuxième jour, le renversement de la tête en arrière, et la perte de connaissance n'avait pas permis de constater les lésions probables de la motilité. La maladie n'a duré que quatre jours. Dans quelques cas, la pulpe corticale a paru plus foncée que de coutume et a présenté des arborisations évidentes, en même temps que la substance blanche prenait une teinte grisâtre, après quelques minutes d'exposition à l'air, et se confondait avec la corticale.

Les corps striés ont offert, chez un sujet qui a succombé le trentième jour, une dépression marquée, due à la présence d'un pus flegmoneux et fétide; chez un autre, une accumulation considérable de sérosité dans les ventricules avait aplati les couches optiques (obs. 31e).

Cervelet. La pulpe cérébelleuse a été trouvée ramollie dans trois circonstances; dans l'une d'elles, le ramollissement n'existait pas en même temps au cerveau.

Moelle épinière. Elle a offert les mêmes lésions que la substance cérébrale. Nous l'avons souvent trouvée plus consistante qu'à l'état normal dans la région lombaire; d'autres fois l'incision de la pulpe donnait naissance à des gouttelettes sanguines, annonçant une congestion sanguine considérable.

Dans un cas, nous avons rencontré un ramollissement de la pulpe à la région dorsale.

Lésions des organes digestifs.

Pharynx. La membrane muqueuse stomato-pharyngienne et nasale a été trouvée dans un état gangréneux, chez un malade mort au 18e jour. Il avait, dans les derniers temps, rendu abondamment, par le nez et l'oreille droite, une matière purulente d'une odeur infecte.

L'estomac a offert douze fois une injection rouge

simple de la muqueuse; cette injection s'accompagna de ramollissement quatorze fois. Le ramollissement, sans aucune injection, s'est présenté six fois.

Deux sujets ont offert des ulcérations de la muqueuse gastrique, avec ramollissement et coloration brunâtre de son tissu. Chez tous deux, la méningite avait affecté la forme typhoïde ; l'un d'eux offrait, en outre, le gonflement de quelques follicules isolés près de la valvule.

Chez un troisième, nous avons rencontré, près du pylore, six cicatrices arrondies, à fibres parallèles, avec injection, ramollissement et amincissement de la membrane muqueuse.

La membrane muqueuse intestinale a offert dix fois une injection rouge et pointillée; mais elle a présenté beaucoup plus souvent une coloration uniforme d'un rouge foncé ou ardoisé, qui correspondait à la situation des lombrics.

Chez sept sujets, j'ai rencontré le gonflement des follicules de Brunner : dans deux cas, ce gonflement était accompagné de leur ulcération.

Trois autres ont offert quelques plaques de Peyer hypertrophiées. Un d'eux offrait en même temps le gonflement de quelques follicules isolés, et le malade avait présenté des symptômes typhoïdes. Sur cinquante-six autopsies, quarante-deux ont présenté un nombre plus ou moins con-

sidérable d'ascarides lombricoïdes : il faut y ajouter quatre sujets qui en avaient rendu de leur vivant, et chez qui on n'en a pas rencontré après la mort; plus, quatre autres qui sont arrivés à la guérison, après en avoir rendu pendant la durée de la maladie.

En général, au gîte des ascarides correspondait une injection violacée de la muqueuse, avec sécrétion d'une grande quantité de mucus jaune-verdâtre.

La surface péritonéale des intestins a offert quatre fois des taches pourprées.

Organes respiratoires.

La maladie s'est compliquée cinq fois de pleuropneumonite antérieure à sa naissance, ou survenue depuis son apparition.

Je n'entrerai dans aucun détail sur les lésions, purement accidentelles, qu'elles ont laissées à leur suite, et je me bornerai à signaler la coloration foncée de la muqueuse trachéo-bronchique, comme ayant été fréquemment rencontrée. Il est probable que le genre de mort auquel succombaient les malades n'était pas étranger à la production de cette lésion.

Organes de la circulation.

Ils ont présenté des lésions remarquables : dix

fois des pétéchies ont été rencontrées sur l'une ou l'autre face libre de la membrane interne du péricarde.

Le sujet de l'observation 17e a présenté sept taches rouges bien circonscrites à la face externe du cœur. La même face a offert quatre fois des taches laiteuses arrondies. Dans un de ces cas, la tache était épaisse et susceptible d'être enlevée comme une fausse membrane dont elle avait complétement l'apparence.

Chez le sujet de l'observation 23e, toute la surface extérieure du cœur présentait une teinte opaline.

La cavité du péricarde contint trois fois une sérosité limpide abondante. Dans deux cas, cette sérosité était floconneuse, et trois fois elle était manifestement purulente. Les cavités droites du cœur ont offert presque constamment des concrétions fibrineuses jaunâtres, qui se prolongeaient dans les vaisseaux pulmonaires. Je ferai remarquer que la même lésion a été observée dans la phrénésie par Morgagni et Valsalva. L'aorte et les gros troncs artériels ont présenté, chez plusieurs sujets, un sang noir et liquide, qui avait l'apparence de la mélasse.

Dans quelques cas chroniques, le tissu du cœur s'est trouvé flasque et décoloré.

L'état de la rate a spécialement attiré notre attention, à raison des paroxysmes irréguliers

qui donnaient à la maladie de l'analogie avec les fièvres pernicieuses.

Nous l'avons trouvée cinq fois atrophiée et flétrie.

Dans cinq autres cas, elle était hypertrophiée et ramollie.

Dans un de ces derniers cas, la région splénique avait offert, du vivant de l'individu, une saillie très-dure du bord antérieur de la rate avec sensibilité vive. A l'autopsie, nous avons trouvé une rate volumineuse et ramollie, recouverte, à sa face externe, d'une coque cartilagineuse, épaisse d'environ deux lignes.

Le foie n'a rien offert de remarquable.

La vessie contenait, dans quatre cas, un liquide ayant l'apparence du café au lait, très-abondant, sans altération de la muqueuse. Chez deux de ces sujets, la substance des reins était pâle, et la pression en faisait sortir un liquide semblable à celui de la vessie.

Étiologie.

L'étude des causes de la maladie que nous venons de décrire est, comme dans la plupart des épidémies, pleine d'obscurité et d'incertitude. Dans l'impossibilité d'assigner la cause déterminante et prochaine qui lui a donné naissance, nous devrons nous borner à signaler les circons-

tances qui ont paru se lier à son développement et à ses recrudescences.

1° Si nous parcourons les causes qui sont énumérées par les pathologistes, nous sommes conduits à écarter immédiatement les causes mécaniques, et celles dont l'influence permanente et locale constitue le climat : les conditions de salubrité où se trouve Versailles, et l'action élective de la cause épidémique sur quelques-uns seulement des corps de la garnison, ne permettent pas d'admettre une influence aussi générale.

2° *Les affections morales tristes.* Je n'en ai rencontré de traces que chez un épileptique qui, n'ayant pu, à raison du caractère douteux de cette affection, obtenir sa réforme à la revue trimestrielle du 4 avril, manifesta beaucoup de chagrin de ce résultat, et fut atteint, le même soir, d'une méningite très-grave (obs. 22e).

3° *La constitution sanguine* a été signalée par tous les observateurs comme une des causes prédisposantes les plus constantes. Les deux tiers des malades étaient des recrues de 20 à 22 ans, arrivés depuis trois semaines sous les drapeaux; l'autre tiers était formé d'anciens soldats dans la force de l'âge. Tous ces hommes se trouvaient donc dans des conditions de vigueur et de santé favorables au développement des maladies inflammatoires.

4° *Vicissitudes atmosphériques.* On a observé que la méningite, comme plusieurs autres phlegmasies séreuses, était soumise à l'influence de cette cause. Nous avons, en effet, remarqué, le 18 mars, une recrudescence manifeste de la maladie dans le 18e léger, à la suite d'une longue revue passée sur le terrain, les soldats étant immobiles et exposés à un froid très-vif.

Le deuxième trimestre de 1839 a été remarquable par des vicissitudes atmosphériques très-prononcées, et l'invasion de l'épidémie, aux premiers jours de mai, dans le 14e de ligne, a coïncidé avec l'élévation subite de la température.

5° *Fatigues musculaires.* Le 18e léger, chez qui s'est déclarée l'épidémie, le 4 février, avait reçu, du 16 au 22 janvier, deux cent vingt-six recrues des départements de la Vienne, Indre-et-Loire et Loir-et-Cher. Ceux de la Vienne, au nombre de cent cinquante-trois, avaient eu une longue route à faire, sous des conditions atmosphériques très-rigoureuses. Ils s'accordaient à se plaindre de la manière dont ils avaient été conduits, disant qu'on les forçait de partir bien avant le jour et d'arriver à l'étape dans un délai très-court.

Ces circonstances devront être prises en sérieuse considération, si l'on se rappelle qu'au rapport des vétérinaires, les marches forcées déve-

loppent, chez les bestiaux surmenés, des altérations graves du sang et des inflammations de la moelle épinière. Dans l'appréciation de cet ordre d'influence, il faut tenir compte encore de l'usage abusif des stimulants employés, suivant l'usage, pendant la route pour soutenir les forces et ranimer la chaleur.

Arrivés au corps, ces jeunes soldats ont été soumis immédiatement à des exercices militaires de pied ferme pratiqués, dès le matin et dans l'après-midi, sur les larges avenues de Versailles, qui sont sillonnées constamment par des courants d'air froids et rapides. Jusqu'à ce que leur vêtement militaire fût confectionné, ils n'ont eu que leur habillement léger de la campagne pour se garantir des injures de l'air. Quant aux anciens soldats, outre la fatigue des exercices militaires, ils avaient le service pénible des gardes de vingt-quatre heures, et n'avaient guère que deux nuits de repos dans l'intervalle de ces gardes.

6° *Aliments et boissons*. Les corps de la garnison, étant tous soumis à un régime alimentaire identique, auraient tous fourni leur contingent à l'épidémie, si ce régime était entré pour quelque chose dans la production de la maladie.

7° *Habitations*. Les casernes des Bureaux de la guerre et des Récollets, occupées par le 18e léger, ont été l'objet d'une visite scrupuleuse quel-

ques jours après le développement de l'épidémie; nous avons reconnu qu'en général le casernement était salubre, mais que quelques chambres étaient mal aérées, obscures et humides, ou contenaient un trop grand nombre de lits : remarquons qu'elles avaient fourni les malades le plus gravement atteints.

Les fosses d'aisances avaient été vidées depuis trois semaines aux Bureaux de la guerre, et depuis quatre mois dans la caserne des Récollets; elles ne dégageaient que peu d'odeur.

L'épidémie n'ayant pas cessé ses ravages, malgré les dispositions prises pour l'assainissement de ces deux locaux, nous crûmes devoir demander à l'autorité militaire la translation du 18e léger, dans le but de relever le moral du soldat.

Cette mesure, effectuée le 5 mars, parut produire un effet avantageux, puisque, dans le mois qui la suivit, le corps ne fournit que dix-neuf malades, tandis que dans le mois précédent il en avait eu soixante-dix-huit. Il devenait dès lors naturel d'attribuer aux influences locales une part plus ou moins active dans l'action pathogénique.

Une autre circonstance a fortifié cette opinion : en effet, depuis son installation nouvelle jusqu'au 19 avril, le 18e léger n'a fourni que vingt-cinq malades, et n'en a pas donné depuis ce jour-là

jusqu'au 24 mai, pendant un intervalle de trente-cinq jours.

Le principe morbide paraissait donc s'être épuisé sur les militaires de ce corps, lorsque la maladie y a subitement reparu, à la date du 25 mai, avec une grande violence, et a frappé des recrues arrivés dans le milieu du mois.

Il y a eu cela de remarquable que les six premiers malades, frappés à très-peu de jours d'intervalle, habitaient tous une chambre du premier étage, vaste, mais recevant peu d'air et de lumière, prenant jour sur une cour encombrée de fumiers et de débris végétaux noyés par les eaux pluviales, et située au-dessus des fosses d'aisances dont le curage avait eu lieu dans la nuit qui avait précédé cette recrudescence. Ces six malades, arrivés ensemble le 9 mai du département du Loiret, étaient dans des conditions hygiéniques identiques, et il est difficile de se refuser à admettre, dans ce cas, un empoisonnement miasmatique. Pendant les mois de mai et juin, l'épidémie, qui avait momentanément abandonné le 18e léger, s'est fixée sur le 14e de ligne qui jusque-là n'avait fourni que trois cas isolés, et a frappé vingt-deux malades, sur lesquels douze ont succombé. Ses premières atteintes ont coïncidé avec les chaleurs très-fortes qui ont signalé la première quinzaine du mois de mai.

Nous avons retrouvé, chez les malades de ce corps, les mêmes conditions pathogéniques que nous avions signalées dans le 18e léger, savoir : constitution sanguine, arrivée récente au corps d'un grand nombre de recrues, service fatigant, chambres mal aérées et trop remplies; mais comme ces conditions existaient antérieurement au développement de la maladie, comme elles persévérèrent aussi pendant sa durée chez les militaires des corps que l'épidémie a respectés, il faut nécessairement en conclure qu'à leur action venait se joindre une disposition spéciale, inconnue dans sa nature, comme celle qui produit généralement les épidémies.

Formes.

L'épidémie s'est présentée sous deux formes bien distinctes : la forme inflammatoire, et la forme nerveuse ou typhoïde.

1° *La forme inflammatoire* affectait surtout les sujets forts et sanguins; elle était caractérisée par une réaction rapide et franche, aussitôt après le frisson initial, toujours de courte durée, la coloration de la face, la roideur et la plénitude du pouls, la richesse du sang qui se recouvrait habituellement d'une couenne épaisse, et l'absence de tout symptôme morbide du côté des voies digestives.

2° *La forme nerveuse ou typhoïde* offrait une prédominance marquée des symptômes nerveux. La réaction, lente ou imparfaite, était quelquefois nulle; la face, agitée de mouvements convulsifs, était d'une pâleur persistante; il y avait expression de stupeur, épistaxis, sang pauvre en fibrine et riche au contraire en sérum; petitesse du pouls, prostration, langue sèche, douleurs abdominales, évacuations involontaires, persistance des vomissements après le début.

La forme inflammatoire a été plus fréquente que l'autre dans la première moitié de l'épidémie; la forme nerveuse a prédominé, au contraire, sur la fin.

De ces deux formes, la dernière a été plus grave que l'autre.

L'observation de notre épidémie n'a pas permis d'établir les différences symptomatiques, diagnostiques ou pronostiques des diverses régions occupées par la méningite, attendu qu'elle s'est toujours généralisée; il nous a donc été impossible de vérifier les caractères assignés par les auteurs aux différents siéges de la maladie.

Diagnostic.

Notre épidémie ne pouvait être confondue qu'avec les maladies suivantes : 1° l'encéphalite, 2° la fièvre typhoïde et le typhus, 3° les fièvres

pernicieuses ou rémittentes graves, qui s'accompagnent de symptômes cérébraux.

J'adopterai la forme synoptique pour faire ressortir les différences qui la distinguaient de ces maladies diverses.

I. *L'encéphalite.* Malgré l'abondance des travaux qui ont eu pour objet l'étude des maladies cérébrales, on n'a pu s'accorder encore sur les différences qui séparent l'inflammation du cerveau de celle de ses membranes. Un grand nombre d'auteurs, Cullen, Boyer, P. et J. Franck, Georget, ont même réuni la description de ces deux maladies, et déclaré que, dans l'état actuel de la science, il n'existait aucun signe qui pût les faire distinguer l'une de l'autre sur le vivant.

Morgagni et Willis ont pensé que la méningite n'existait pas sans inflammation de la substance du cerveau, et M. Foville affirme que, dès qu'elle fait des progrès, le cerveau y participe et devient le siége d'une turgescence inflammatoire. Parmi les médecins qui ont tenté de distinguer les deux maladies, il faut citer MM. Lallemand, Parent et Martinet; ils ont établi, comme signes caractéristiques de la méningite, la céphalalgie, le délire et les convulsions; ceux de l'encéphalite étant, au contraire, le coma et la paralysie.

Mais, si l'on analyse les observations publiées par ces auteurs, on reconnaît que leur méningite

se compliquait très-souvent d'altération de la substance cérébrale, et il devient dès lors naturel de se défier des distinctions qu'elles ont servi à motiver. Il en est de même des observations de Morgagni et de M. Bayle. Les nombreuses exceptions, qui sont en désaccord avec la règle précédente, sont de nature à augmenter les incertitudes. En effet, on a observé le coma dans la méningite, comme dans l'encéphalite, le délire avec encéphalite, et la méningite sans délire; la contracture sans encéphalite, et l'encéphalite sans contracture. Le délire a même existé sans aucune altération apparente dans le cerveau ou ses membranes.

Pour résoudre la question, s'il est un élément indispensable, c'est évidemment l'état de pureté de la maladie et un nombre considérable de faits. En effet, les phénomènes morbides fonctionnels de la méningite ne pouvant être que des altérations dans les actes cérébraux tout comme ceux de l'encéphalite, il s'ensuit que ces maladies ne peuvent se distinguer que par des nuances, et ces nuances ne peuvent être sensibles que lorsque l'on compare des affections parfaitement simples; nous avons été assez heureux pour rencontrer cette condition dans notre épidémie, et nous allons signaler les différences qui nous ont paru les plus remarquables.

Méningite épidémique.	*Encéphalite.*
Invasion le plus souvent brusque.	Précédée ordinairement de prodromes.
Céphalalgie violente, mobile et superficielle, revenant par élancements paroxystiques.	Céphalalgie fixe, profonde et opiniâtre.
Expression douloureuse de la face ; mouvements convulsifs de ses muscles ; cris particuliers.	Physionomie exprimant l'étonnement et la stupeur.
Trouble ou abolition de la vision.	Irritabilité ou obtusion des sens de la vue et de l'ouïe.
Ouïe le plus souvent intacte.	
Alternatives de délire et de coma, se prolongeant pendant la première et même pendant la deuxième période.	Délire disparaissant de bonne heure, pour faire place au coma, qui est continu dans la deuxième période.
Intégrité des facultés intellectuelles, se manifestant lorsqu'on fixait fortement l'attention des malades.	Obtusion ou oblitération intellectuelle permanente.
Phénomènes fonctionnels plus généraux.	Phénomènes fonctionnels plus partiels.
Les lésions du sentiment et du mouvement sont générales, à moins qu'il n'y ait complication d'encéphalite.	Lésions partielles, à moins que l'encéphalite ne soit générale, ou qu'il n'y ait complication de méningite.
Elles ne surviennent qu'à une époque avancée de la	Elles surviennent de bonne heure. Elles se succèdent

Méningite épidémique.	*Encéphalite.*
maladie, à la suite des épanchements qui se forment.	dans l'ordre suivant : fourmillements, engourdissements, crampes, courbature, paralysie et résolution des membres.
Elles ne surviennent pas dans un ordre régulier; lorsqu'elles ne sont pas générales, elles sont légères.	
L'intégrité des mouvements a été fréquemment observée ; il n'y a eu ni contracture, ni paralysie ; les lésions de la sensibilité ont été plus fréquentes que celles des mouvements.	Les mouvements sont plus souvent le siége des phénomènes morbides que le sentiment.
Prédominance des signes généraux d'excitation.	Les signes de surexcitation générale se montrent à peine, et, quelquefois, pas du tout.
Rareté des phénomènes critiques à la peau et des déjections involontaires.	Peau froide et couverte de sueurs alternativement ; fréquence des déjections involontaires.
Lorsque la méningite est générale, les douleurs des membres inférieurs et des régions cervicales et lombaires, du rachis, la contraction des muscles de la région postérieure du tronc ne permettent plus de confondre les deux maladies.	Absence de phénomènes morbides du côté de la moelle épinière.

II. *Diagnostic différentiel d'avec la fièvre typhoïde.* Le diagnostic présentait quelquefois des

difficultés au début de la maladie, surtout lorsqu'elle se présentait sous la forme nerveuse; mais la marche progressive des symptômes rendait les différences de plus en plus saillantes, ainsi qu'on le verra par le tableau suivant :

Méningite épidémique.	*Fièvre typhoïde.*
Début prompt et, le plus souvent, instantané.	Prodromes dans le tiers des cas.
Chaleur de la peau presque naturelle, excepté à la tête.	Peau sèche et offrant une chaleur âcre.
Coloration instantanée de la face.	Coloration permanente de la face.
Céphalalgie occupant le front, les tempes, l'occiput, et quelquefois toutes ces parties, avec élancements paroxystiques très-intenses.	Céphalalgie continue, ordinairement susorbitaire et d'intensité variable.
Expression douloureuse de la physionomie.	Facies exprimant l'abattement et la stupeur.
Délire au début, alternant avec le coma ou la somnolence.	Délire très-rare avant la deuxième période ; n'a peut-être jamais lieu au début (M. Chomel).
Intégrité des facultés intellectuelles, lorsqu'on fixe fortement l'attention des malades.	Intelligence libre, mais très-affaiblie.
Désordres graves des sens.	Troubles peu intenses des sens.
Éruption pourprée ou miliaire dans les trois pre-	Eruption lenticulaire vers la fin du premier septé-

Méningite épidémique.	*Fièvre typhoïde.*
miers jours, résistant à la pression.	naire, disparaissant par la pression.
Épistaxis rares. Absence d'hémorragies intestinales.	Fréquence des épistaxis et des hémorragies intestinales.
Soif nulle ou modérée; langue humide; abdomen indolent; constipation opiniâtre et prolongée.	Soif plus ou moins vive, langue poisseuse ou sèche; sensibilité abdominale peu vive, mais fréquente; constipation alternant avec la diarrhée; gargouillement dans la région iléo-cécale.
Vomissements presque constants au début, se reproduisant dans la troisième période.	Vomissements rares, et ne se présentant qu'au début.
Pouls régulier, inégal, tantôt lent, tantôt fréquent; alternatives de réaction et de prostration.	Pouls constamment régulier et plus ou moins fréquent; mouvement fébrile continu.
Odeur de la peau rare.	Odeur fétide de la peau et de l'haleine.
Sang souvent couenneux.	Sang rarement couenneux.
Soubresauts des tendons rares.	Soubresauts des tendons fréquents.
Rigidité et contraction fréquente des muscles de la partie postérieure du tronc.	Roideur générale et permanente dans quelques cas rares.
Résolution des membres, survenant quelquefois dans les deux dernières périodes.	Résolution complète des membres à toutes les époques de la maladie.

Méningite épidémique.	*Fièvre typhoïde.*
Plus d'éruption au delà de la première période.	Sudamina fréquents sur la fin de la deuxième.
Rareté du fuligo, des rétentions d'urine, des évacuations involontaires et des escarres au sacrum.	Fréquence de ces phénomènes.
Enfin, mort fréquente dans la première période.	Mort rare dans cette période.

Ainsi qu'on le voit par ce tableau, les différences qui séparaient notre méningite de la fièvre typhoïde, et, à plus forte raison, du typhus, ne permettaient guère de les confondre; et, quelques jours après l'invasion de l'épidémie, la physionomie toute spéciale et l'air de famille de nos malades s'étaient tellement gravés dans notre esprit, qu'à la première vue nous reconnaissions les entrants susceptibles d'être dirigés vers les salles consacrées aux méningites.

III. *Diagnostic différentiel d'avec la fièvre pernicieuse.* En présence d'une maladie dont l'appareil symptomatique se composait de lésions fonctionnelles de l'axe cérébro-spinal, et offrait des exacerbations séparées par des rémissions très-marquées, il était naturel de soupçonner une fièvre pernicieuse. En effet, de toutes les phlegmasies, la méningite et l'encéphalite sont celles dont l'existence, sous le type intermittent, paraît le mieux établie.

Il résulte des observations publiées par MM. Lemaire, Parent et Martinet, Deslandes et Audouard, que ces phlegmasies se montrent quelquefois sous le type quotidien, plus rarement sous le type tierce, et plus rarement encore sous le type quarte. On les a caractérisées par les dénominations diverses de fièvres céphalalgique, délirante, ataxique, phrénétique, méningique, arachnoïdique, soporeuse, comateuse, apoplectique, carotique, léthargique, etc. On a décrit ainsi les nuances variées que présentent les fièvres pernicieuses de l'appareil cérébral; mais il est permis de croire que, dans beaucoup de circonstances, les médecins ont été induits en erreur par les exacerbations habituelles aux phlegmasies du cerveau et de ses membranes. En effet, la plupart des observations d'encéphalites et de méningites, recueillies et publiées par MM. Lallemand, Parent et Martinet, avaient été considérées d'abord comme des exemples de fièvres ataxiques et pernicieuses. Pour faire voir combien l'erreur était facile, il suffira de citer deux observations empruntées à ces derniers médecins.

Dans l'observation 104, un malade éprouve successivement quatre accès, qui reviennent et cessent tous les jours, à la même heure, et dont les symptômes annoncent une encéphalite : à l'ouverture du cadavre, on trouve l'arachnoïde rouge, et la pie-mère adhérente aux circonvolutions qui sont ramollies.

Dans l'observation 106e, on remarque cinq accès qui viennent et disparaissent régulièrement à la même heure, tous les deux jours, et qui sont caractérisés par les accidents propres à l'encéphalite. L'apyrexie était complète dans l'intervalle des accès. L'examen du cadavre fait voir l'arachnoïde épaissie et opaque; la pie-mère était infiltrée d'une sérosité purulente; le cervelet était mollasse, et le lobe moyen droit du cerveau contenait un foyer purulent.

Ces deux affections avaient été considérées comme des exemples de fièvres pernicieuses, et traitées, en conséquence, par le quinquina.

Or, il est évident que des lésions aussi avancées n'avaient pu disparaître dans l'intervalle des accès, ni se former seulement à la suite de celui qui a entraîné la mort. On ne peut donc pas dire que, dans ces cas, la fièvre pernicieuse est passée à l'état de phlegmasie continue; transformation dont la possibilité a, du reste, pour elle, l'autorité de grands noms, tels que ceux de Torti, Lancisi, Pringle, Van-Swieten, Franck, etc.

Une foule de bons esprits, en tête desquels il faut citer Chirac, Sylva, Home, Rasori, Thomasini, Lallemand, Abercrombie, Broussais, ont été conduits, par l'observation, à substituer la dénomination d'inflammation du cerveau à celle de fièvres malignes, nerveuses, cérébrales, etc., et à

reconnaître que, sous ces noms divers, on avait décrit le plus souvent des méningites ou des encéphalites.

Georget recommande de ne pas se laisser abuser par l'intermittence régulière ou irrégulière, que présentent parfois les accidents de l'encéphalite.

M. Ollivier reconnaît à la méningite rachidienne un caractère rémittent.

M. Rayer déclare qu'on a rapporté indistinctement, sous le nom de fièvres pernicieuses, des exemples de phlegmasies continues, un petit nombre de phlegmasies intermittentes, et plusieurs névralgies du même type.

M. Guersent a remarqué que les méningites de la base du cerveau se présentaient quelquefois sous les apparences trompeuses d'une fièvre intermittente ou rémittente, et que l'administration du quinquina à haute dose, dans ces cas, n'avait d'autre effet que de retarder la mort, en soutenant les forces.

L'autorité puissante de tous ces praticiens témoignait donc de la difficulté du diagnostic, dans ces circonstances, et m'imposait le devoir d'examiner, avec la plus sérieuse attention, la question de savoir si notre épidémie n'était pas une fièvre pernicieuse. Les considérations suivantes m'ont fait rejeter cette opinion.

Fièvre pernicieuse cérébrale.	*Méningite épidémique.*
Elle doit, le plus souvent, son origine à l'impaludation, aux inondations, etc.	Causée par la fatigue musculaire, les émanations du corps humain et des fosses d'aisances.
Invasion précédée, le plus souvent, d'un ou plusieurs accès simples ; elle n'est brusque que lorsque les causes efficientes sont d'une grande énergie (Senac, Lautter, Baumes, Coutanceau).	Invasion le plus souvent subite, et sans symptômes précurseurs.
Le frisson initial est suivi de chaleur et de sueurs plus ou moins abondantes, et la déclinaison de l'accès qui finit se confond avec l'invasion de celui qui commence.	Le frisson ne se manifeste qu'au début et ne se renouvelle pas; la sueur, dans les cas rares où elle a lieu, est tardive et irrégulière dans ses apparitions.
Régularité des rémissions, spontanéité de leur retour, et mieux-être sensible pendant leur durée.	Rémissions accidentelles provoquées par l'art, et pas assez marquées pour ôter à la maladie le cachet de la continuité.
Spontanéité du retour des phénomènes morbides, et difficulté de les modifier par les agents thérapeutiques ; progression croissante des accès, quant à la gravité.	Exacerbations se distinguant des accès par l'irrégularité de leur retour, l'intensité moins grande de leurs symptômes, et la facilité, plus grande, avec laquelle on parvient à les modifier.
Discordance et violence des symptômes ; désaccord	Homogénéité des symptômes, réactions mieux ré-

Fièvre pernicieuse cérébrale.	*Méningite épidémique.*
entre l'état de fonctions unies ordinairement par d'étroites sympathies.	glées, plus en rapport avec les lésions locales.
Décomposition rapide, mais peu durable, des traits; ils offrent, suivant Bailly, un épanouissement qui indique que la congestion n'est que passagère.	Rapport constant entre le facies et le danger; les traits offrent l'empreinte profonde de douleurs qui ne laissent pas de relâche.
Les éruptions, quand elles existent, sont liées aux vicissitudes des accès.	L'éruption pétéchiale est durable lorsqu'elle se présente.
Fréquence des crises; sédiment briqueté des urines coïncidant souvent avec la fin des accès.	Rareté des crises; les urines n'ont, le plus souvent, rien offert de remarquable.
Élévation du pouls, accompagnée de sa dépression et d'un sentiment de froid.	Pouls plein et dur, avec ou sans fréquence.
Transition brusque d'un danger imminent à une santé parfaite.	Terminaison ordinairement lente et graduelle.
Les lésions fonctionnelles se bornent à l'encéphale.	Elles s'étendent souvent à la moelle épinière.
Lorsque la maladie reparaît, elle est ordinairement dépouillée de son caractère de malignité.	Les rechutes offrent la même gravité que la maladie primitive.
Le quinquina produit des effets héroïques; il est regardé comme le critérium de la fièvre pernicieuse.	L'emploi du sulfate de quinine n'a pas de résultats bien marqués.
Altérations anatomiques	Les altérations fournis-

Fièvre pernicieuse cérébrale.	*Méningite épidémique.*
variables et sans rapport avec les symptômes. Voici celles qui ont été signalées par les auteurs :	sent la justification rigoureuse des phénomènes morbides.
1° Rate ordinairement volumineuse et diffluente (Portal, Grant, Hamilton, Bailly, Fizeau, Alibert, Audouard, Chauffard).	Rate le plus souvent dans l'état ordinaire.
2° Phlogose et engorgement des méninges cérébrales (Fréd. Hoffmann, Lieutaud, de Haën, Bailly, Johnson, Nyhof, Tourdes).	Infiltration séreuse, sanguine et purulente du tissu cellulaire qui sépare l'arachnoïde de la pie-mère; collections séreuses et purulentes dans les ventricules cérébraux et la cavité des méninges rachidiennes.
3° Ramollissement du cerveau (Fodéré).	
4° Inflammation du cerveau (Pringle).	
5° Hydropisie des ventricules (Grant).	
6° Epanchement de sérosité jaunâtre, entre la dure-mère et l'arachnoïde (Alibert).	
7° M. Riche est le seul qui ait signalé les altérations de la moelle épinière.	

Malgré les différences que je viens de tracer entre la fièvre pernicieuse et la méningite, je ne me dissimule pas qu'il s'est présenté des circonstances où leur diagnostic offrait de grandes diffi-

cultés : c'est surtout aux investigations cadavériques et aux résultats thérapeutiques à décider la question.

Pronostic.

Le pronostic de la maladie a toujours été fort grave, et peu de maladies ont fait autant de victimes.

Sur cent cinquante-quatre malades, soixante-six ont succombé ; ce qui établit une proportion de quarante-deux décès pour cent, un peu plus des deux cinquièmes de la totalité.

Les circonstances sur lesquelles reposait le pronostic étaient relatives à l'acclimatement militaire des sujets, à la forme de la maladie, à ses rechutes, aux complications, et, enfin, à quelques symptômes particuliers.

1° *L'acclimatement.* Cette influence a exercé une action manifeste sur le nombre des malades et sur la gravité des cas. En effet, sur cent cinquante-quatre malades, cent trois étaient des recrues, et ont fourni cinquante-six décès, tandis que cinquante et un anciens n'en ont eu que dix ; la proportion des décès a donc été de plus de moitié pour les recrues, et d'un cinquième seulement pour les anciens.

2° *Forme de la maladie.* Elle a été un des éléments les plus importants pour le pronostic ;

ainsi, sur vingt-six sujets qui ont offert la forme typhoïde, vingt-deux ont succombé, tandis que sur soixante-quatre cas graves, à forme inflammatoire, il n'y a eu que quarante-quatre décès.

3° *Rechutes.* Les rechutes n'ont pas été aussi malheureuses qu'on aurait pu le craindre ; sur douze malades qui en ont présenté, deux seulement ont succombé.

4° *Symptômes particuliers.*

Les symptômes apoplectiques ont toujours rendu le pronostic très-grave ; la guérison n'a eu lieu qu'une fois sur quatre.

La gravité du délire dépendait de son caractère et de sa durée ; il était d'un fâcheux augure lorsqu'au début il était permanent, et offrait assez de violence pour nécessiter l'emploi du gilet de force.

Le coma a été un des phénomènes les plus graves, lorsqu'il était profond et permanent, avec refroidissement des extrémités, insensibilité de la peau et petitesse du pouls.

L'éruption pourprée a constamment accompagné les cas très-graves ; la teinte cyanosée de la peau, et les taches larges et irrégulières ont surtout indiqué un fâcheux résultat.

Épistaxis. Quatorze malades en ont présenté dans le cours de la première période. Cette hé-

morragie ne paraît avoir eu des effets salutaires que chez un seul (observat. 5e).

L'éruption pustuleuse de la bouche a toujours été sans influence sur la marche de la maladie.

Des sueurs plus ou moins abondantes ont eu lieu chez huit malades, mais elles n'ont coïncidé qu'une fois (observat. 2e), avec un amendement notable dans les symptômes.

Étendue de la maladie. Le pronostic devenait plus grave, lorsqu'aux premiers symptômes se joignaient ceux qui annonçaient la généralisation de la maladie et sa propagation dans la moelle épinière (douleur vive à la nuque et à la région lombaire, efforts continuels du malade pour s'y gratter violemment, froissement des parties génitales, masturbation, renversement de la tête en arrière, etc.); cependant six malades, sur vingt, sont arrivés à la guérison, après avoir présenté ces symptômes pendant un temps assez long.

Rémittence, intermittence. Lorsque la maladie présentait une rémittence bien marquée, elle offrait plus de chances de guérison que lorsqu'elle marchait d'une manière continue; c'est surtout après que les malades avaient échappé aux accidents primitifs, que des phénomènes d'intermittence se présentaient et permettaient de recourir avec quelque succès aux fébrifuges.

La gêne et l'impossibilité de la déglutition ont été mortelles quatre fois sur cinq.

Les soubresauts de tendons, si fréquents dans la fièvre typhoïde, ne se sont présentés que deux fois; mais les mouvements convulsifs des muscles de la face ont été plus fréquents, puisque sept malades les ont offerts. Ces accidents ont été suivis de la mort chez tous.

Il n'en a pas été de même de la *rigidité générale et de la rigidité partielle.*

La première, qui a existé six fois, n'a été mortelle que trois; la deuxième, que nous avons observée vingt fois, affectant les muscles de la région postérieure du cou et du tronc, a été suivie six fois de guérison.

La fréquence extrême et la petitesse du pouls ont toujours été en raison de la gravité de la maladie.

Les évacuations involontaires constituaient un signe d'une extrême gravité; il a été mortel chez les douze malades qui l'ont présenté.

La rétention d'urine a été un peu moins funeste; sur dix malades, neuf ont succombé.

Les escarres du sacrum ne se sont présentées que chez deux individus, dont l'un a succombé au cinquante-quatrième jour, et l'autre, atteint successivement, pendant sa convalescence, d'une variole confluente qui lui a enlevé l'œil gauche,

et d'une pleurite latente, a fini par sortir triomphant de cette triple lutte.

5° *Complications*. La complication pleuropneumonique, qui a été observée trois fois, ne s'est jamais terminée heureusement; il en a été de même de l'inflammation gangréneuse de la membrane muqueuse naso-pharyngienne, survenue une fois, et de la scarlatine, déclarée pendant la première période, chez un malade.

La complication d'encéphalite a toujours été mortelle.

L'état de souffrance des organes digestifs, annoncé par des digestions pénibles, la diarrhée et les selles involontaires, le hoquet, le météorisme abdominal, a toujours été suivi d'une terminaison funeste.

Traitement curatif.

En présence d'une maladie dont la marche était si rapide, il nous a semblé nécessaire d'employer un traitement antiphlogistique des plus actifs, afin de faire avorter, s'il était possible, le travail inflammatoire.

Ainsi, au début, nous avons pratiqué des saignées générales dont l'abondance et la répétition ont été subordonnées à la constitution des sujets, à la force et à la plénitude du pouls.

Le lieu d'élection a été presque constamment

les veines du bras, et nous n'avons trouvé aucun avantage à ouvrir de préférence la jugulaire ou l'artère temporale. Dans les cas où nous l'avons tenté, il nous a paru que l'application du bandage, nécessaire après l'opération, était douloureuse pour le malade, et tendait à augmenter la congestion encéphalique.

Ce bandage, d'ailleurs, se dérangeait par suite de l'agitation extrême des malades, et gênait, par sa position, les applications de sangsues.

Nous aurions tenté volontiers la saignée à la pituitaire, recommandée par M. Cruveilhier; mais nous en avons été détournés par l'observation des effets négatifs des épistaxis, survenues spontanément chez plusieurs malades. Des applications de sangsues ont été faites aux tempes, aux apophyses mastoïdes, à la nuque et sur la région frontale, suivant le siége des douleurs.

A mesure que l'affection paraissait se déplacer et gagner la moelle épinière, nous l'avons attaquée par des applications de ventouses scarifiées, le long du rachis, et de sangsues à la région lombaire.

L'application des sangsues en petite quantité, et leur renouvellement, pratiqué de manière à rendre l'écoulement permanent, nous ont paru préférables à de larges applications faites d'une seule fois. Le soulagement qui en résultait était

tellement prompt chez quelques sujets, qu'ils étaient les premiers à en réclamer l'emploi lorsque la douleur revenait.

Il en a été de même pour les applications froides : elles ont été continuées sur le front et le vertex, tant qu'il y avait beaucoup de chaleur et de réaction ; toutefois elles ont été incommodes et douloureuses pour quelques malades. Ces moyens ont été secondés par un régime sévère, des boissons rafraîchissantes et des dérivatifs sur le canal intestinal, tels que le calomel, le sulfate de soude et les lavements purgatifs, dans le but de combattre la complication vermineuse, et de faire cesser la constipation qui existait constamment.

Les saignées générales ne nous ont pas paru indiquées dans les cas où la pâleur des malades et la petitesse du pouls annonçaient la concentration des forces et l'absence ou l'insuffisance de la réaction; nous avons employé alors les révulsifs sur les extrémités inférieures et sur le gros intestin; en même temps, par des saignées locales modérées, nous cherchions à obtenir la déplétion du système vasculaire encéphalique.

Ces moyens ne tardaient pas à être suivis d'une réaction, qui devenait quelquefois assez forte pour nécessiter des saignées générales.

Nous avons remarqué que plus l'invasion était

rapprochée, plus le traitement antiphlogistique avait de puissance. C'est lorsque la maladie n'existait encore, dans l'encéphale, qu'à l'état de fluxion, qu'il a été possible d'en arrêter le développement et d'obtenir une convalescence immédiate.

M. Bain, chirurgien-major du 2e régiment de hussards, a remarqué, sur une quinzaine de malades de son régiment, que, lorsque la saignée déterminait une syncope, la maladie avortait presque constamment.

Les affusions froides sur la tête ont été employées sur un malade, pendant que son corps était plongé dans un bain tiède ; il en est résulté un soulagement sensible, mais il n'a duré qu'une heure et a été suivi d'une réaction vive vers la tête. Cette médication, très-bonne pour la pratique particulière, exige des précautions très-grandes, et ne peut être généralisée dans un service d'hôpital, lorsqu'on a une vingtaine de malades à traiter à la fois.

Les chlorures ont été administrés, à l'intérieur, en potions et en lavements, dans deux cas qui présentaient la forme typhoïde. Je n'ai pas remarqué que leur action eût été favorable.

L'ipécacuana stibié a été donné, au début, à trois malades, dont un seul était gravement atteint et a succombé.

Le tartre stibié à haute dose a été employé

chez deux malades atteints assez légèrement ; tous deux ont guéri.

Les frictions mercurielles sur le derme chevelu ont été employées chez un malade, qui a succombé dans l'état chronique.

Les exacerbations irrégulières, offertes par plusieurs malades, m'ont engagé à employer le sulfate de quinine, à haute dose, dès le début (de deux à quatre grammes, dans les vingt-quatre heures, en potions et en lavements); mon collègue, M. le docteur Gremaud, chargé de mon service du 17 au 27 mai, pendant une indisposition qui m'a forcé de le suspendre, a continué cette médication.

Voici quels ont été les résultats comparatifs de ce traitement pur ou mixte, et du traitement antiphlogistique seul :

	NOMBRE DES MALADES.		DÉCÈS.	GUÉRISONS.	
		graves.			graves.
Malades traités par les antiphlogistiques......	101	dont 56	42	59	dont 14
— par le sulfate de quinine seul..........	15	11	8	7	3
— par le sufate et les antiphlogistiques.....	33	21	14	19	7
— morts avant tout traitement, ou dont j'ignore le traitement.	5	2	2	3	»
Total....	154	90	66	88	24

Ces résultats donnent une légère supériorité au traitement combiné sur les deux autres ; mais il faut faire attention que le traitement par les antiphlogistiques est chargé de sept malades très-graves, qui, ayant succombé dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'invasion, n'ont pu en ressentir complétement l'influence.

M. Guersent dit avoir trouvé quelquefois l'indication des antipériodiques dans la méningite tuberculeuse, mais il n'en a retiré aucun succès.

Pringle, qui a observé, en Hollande, des fièvres rémittentes accompagnées de symptômes phrénétiques, a fait la remarque que, lorsqu'on employait, au début, le quinquina avant la saignée, en considération des paroxysmes et des rémissions, la maladie prenait le caractère de la fièvre continue inflammatoire.

Dans une épidémie qui a régné dans le département des Landes, en 1837 et 1838, et qui offrait une grande analogie avec celle qui nous occupe, la marche paroxystique des symptômes a conduit presque tous les praticiens à essayer les antipériodiques. On a usé et abusé de ce moyen, dit le docteur Lespés, mais presque toujours sans succès. (*Gazette méd. du* 14 *juillet* 1838.)

C'est surtout pendant la première moitié de l'épidémie que les émissions sanguines étaient suivies de succès ; plus tard, les symptômes ner-

veux dominaient les symptômes inflammatoires, et une saignée intempestive pouvait être suivie d'une prostration mortelle.

La deuxième période de la maladie, remarquable surtout par la lenteur du pouls et une somnolence accompagnée de symptômes nerveux, a nécessité quelquefois de nouvelles émissions sanguines, pendant les exacerbations irrégulières qui se manifestaient; mais c'est surtout à des révulsifs permanents qu'on a eu recours.

Nous avons employé le séton à la nuque, les moxas, les emplâtres stibiés, les vésicatoires, les cautères faits avec la pâte calcio-potassique, placés le plus près possible du siége des douleurs.

Les vésicatoires sur le vertex ont eu, dans deux circonstances, un succès bien manifeste. Pendant cette période, plusieurs malades ont offert des paroxysmes revenant sous le type quotidien ou tierce, et le sulfate de quinine, administré à l'intérieur ou par la voie endermique, a donné souvent un heureux résultat; ce dernier moyen a été habituellement suivi de l'ulcération des vésicatoires.

Les laxatifs ont été continués pendant cette période, et quelques malades, tourmentés par la faim, ont pu être alimentés légèrement; mais le régime alimentaire a nécessité une grande surveillance, à raison de l'appétit vorace de quelques-

malades, et de la facilité avec laquelle ils contractaient la diarrhée. L'emploi du calomel n'a été suivi de salivation que chez deux sujets; un troisième en a été atteint, à la suite de frictions mercurielles.

Dans la troisième période, nous avons continué l'emploi des révulsifs cutanés; mais la susceptibilité des voies digestives et la diarrhée qui survenait, chez beaucoup de malades, n'ont pas permis d'insister sur les dérivatifs intestinaux.

Nous avons soutenu les forces par une alimentation légère, aidée de quelques toniques, comme la limonade vineuse et l'extrait de quinquina, afin de donner à la nature le moyen de se débarrasser des produits morbides dont la présence gênait l'action nerveuse. Nous avons été assez heureux pour obtenir ce résultat chez quelques malades arrivés sur la limite de la deuxième et de la troisième période, et dont l'état donnait si peu d'espérance, que nous n'avons reconnu dans aucune maladie un effet plus manifeste de la puissance médicatrice de la nature.

Traitement prophylactique.

L'étude des causes qui avaient pu contribuer au développement de l'épidémie conduisait naturellement aux moyens propres à en arrêter la propagation. Ces moyens devaient tous avoir pour

objet l'éloignement de toutes les causes susceptibles d'exercer sur les systèmes nerveux et circulatoire une influence d'excitation et d'asthénie. C'est dans ce but que nous avons proposé à l'autorité militaire les mesures suivantes, dès le début de la maladie.

1° La suspension des exercices militaires, et leur remplacement par des promenades ménagées de manière à éviter la fatigue.

2° L'augmentation du nombre des nuits de repos dans l'intervalle des gardes : ce nombre n'était généralement que de deux ; nous avons déclaré que, dans les circonstances actuelles, il convenait de le porter à quatre.

3° La suppression de quelques chambres humides et mal aérées dans les casernes, et la réduction des lits dans les chambres qui en contenaient trop.

4° Le blanchissage des murs à la chaux, et une surveillance spéciale de la propreté des corridors, des chambres, des cours et des lieux d'aisances.

5° Des aspersions de chlorure de chaux liquide, et des fumigations guytoniennes, dans les chambres et les corridors.

6° La distribution extraordinaire d'une ration de vin (un quart de litre) par homme, et le remplacement des légumes habituels par du riz.

7° Le chauffage des chambres.

8° Enfin, plus tard, en faisant évacuer les casernes occupées par le 18e léger, notre but a été d'obtenir un effet moral, en soustrayant aux yeux des soldats les lieux où tant de leurs camarades avaient commencé leur agonie.

La sollicitude de M. le ministre de la guerre s'est manifestée par l'envoi, deux fois répété, d'une commission prise parmi MM. les inspecteurs du service de santé militaire ; toutes les mesures que je viens d'énoncer ont obtenu leur approbation.

Il a été convenu également, d'après leur recommandation, que MM. les chirurgiens des corps seraient appelés dès la première manifestation des accidents, et feraient aux malades une saignée proportionnée à la force de leur constitution. Cette mesure a eu pour résultat la conservation, à la caserne, de cent cinquante soldats environ, chez lesquels les prodromes de la maladie ont été arrêtés, au moment de leur développement, par les soins de MM. Bain, Jourdain et Delmas, chirurgiens attachés aux 2e de hussards, 14e de ligne et 18e léger.

Nature.

Après avoir successivement étudié notre épidémie dans ses caractères anatomiques et symptomatiques, dans ses causes et son traitement, il

reste à examiner quelle pouvait être sa nature.

Les lésions anatomiques, ainsi qu'on l'a vu, se sont montrées constantes, et on les a rencontrées avec des degrés divers d'intensité et d'étendue, suivant la gravité de la maladie et l'époque à laquelle avaient succombé les malades. Leur siége était, dans la grande majorité des cas, le réseau vasculaire de la pie-mère, et le tissu cellulaire qui sépare cette membrane de l'arachnoïde.

Il y avait donc plutôt maladie de la pie-mère que de l'arachnoïde.

Quant aux lésions accidentelles rencontrées dans la pulpe cérébrale et les appareils digestifs ou circulatoires, elles tenaient à l'extension de la maladie, à une disposition idiosyncrasique, à la complication vermineuse, à des écarts de régime, ou enfin au genre de mort auquel les malades succombaient.

Remarquons bien que les lésions des méninges n'ont pas été localisées dans une portion de leur étendue, comme il arrive ordinairement dans la méningite sporadique, mais qu'elles ont occupé la totalité de leur surface dans le plus grand nombre des cas : c'est ce qui distingue essentiellement notre épidémie. Maintenant, ces lésions étaient-elles de nature inflammatoire ?

On ne peut avoir, il me semble, aucun doute sur ce point, puisque nous avons constaté les di-

verses phases de l'inflammation, depuis l'injection vasculaire, la coloration et la tuméfaction des tissus, jusqu'à leur infiltration séreuse, purulente ou plastique; le dépôt d'un pus phlegmoneux dans les cavités ventriculaires et rachidiennes; et enfin le retour à l'étal normal, par suite de l'absorption des produits morbides.

On se demandera, sans doute, encore, si cette inflammation était primitive ou secondaire.

Pour éclairer cette question, il faut se rappeler d'abord que la gravité des lésions a été généralement proportionnée à celle des symptômes.

La méningite ne pourrait être secondaire qu'autant qu'on reconnaîtrait chez les malades une condition morbide antérieure à sa manifestation.

Cette condition ne pourrait se rencontrer que dans un des systèmes généraux de l'économie, puisque la maladie occupait des organes placés hors de l'influence des causes extérieures, et qu'elle frappait ses victimes au milieu des apparences de la plus belle santé.

Il résulte de là qu'on ne pourrait accuser qu'une altération cachée du système nerveux ou du fluide sanguin.

Mais l'intensité de la réaction fébrile, l'absence de lésions nerveuses proprement dites, et la constance des lésions anatomiques dans les méninges,

ne permettent pas de penser que le mal ait eu son point de départ dans le système nerveux.

Les désordres remarquables que présentent les fonctions de ce système s'expliquent très-bien par la communauté de vie et d'action qui unissent la pulpe cérébro-rachidienne à ses enveloppes.

D'un autre côté, si l'on considère que le sang a offert des altérations appréciables pendant la vie et après la mort ; si l'on note la fréquence de l'éruption pourprée et l'analogie que ce symptôme remarquable établit entre notre épidémie et les fièvres pétéchiales ou typhiques, dans lesquelles on a généralement admis l'infection des liquides, on sera conduit à supposer aussi quelque analogie dans la nature intime de ces affections.

Sur soixante-quatre cas où les caractères physiques du sang ont été examinés avec soin, on a observé les résultats suivants.

	MALADES.	GUÉRIS.	MORTS.
Sang couenneux et ferme chez........	30	15	15
Sang ferme avec peu de sérosité et adhérence aux parois du vase......	22	13	9
Sang mou et abondant en sérosité.....	12	8	4

Toutes ces saignées ont été pratiquées pendant la première période de la maladie, ou au commencement de la seconde.

Dans les trente cas où le sang était couvert d'une couenne, cette dernière offrait l'épaisseur et la coloration qu'elle a ordinairement dans la pleuro-pneumonite.

Quelquefois le sang n'était couenneux qu'à la seconde saignée.

Après la mort, le cœur droit a offert presque constamment des concrétions fibrineuses qui se prolongeaient dans l'artère pulmonaire.

Chez plusieurs sujets on a rencontré en même temps, dans l'aorte abdominale et ses grandes divisions, un sang qui offrait la couleur et la consistance de la mélasse.

Il est à regretter que cette remarque, due aux laborieuses investigations de M. Renard, chirurgien-sous-aide, n'ait été faite que vers la fin de l'épidémie.

Je profiterai de cette occasion pour signaler aussi le zèle éclairé avec lequel M. Magnien, chirurgien-sous-aide, a pratiqué un grand nombre d'autopsies.

J'aurais vivement désiré soumettre le sang de quelques sujets à l'analyse chimique, et j'en avais mis à la disposition d'un chimiste distingué de Paris, par l'intermédiaire de M. le docteur Noble; nous n'avons plus entendu parler de notre envoi, et nous ignorons s'il est parvenu à sa destination.

Il résulte des considérations que je viens d'exposer que le sang a présenté, chez un grand nombre de sujets, une altération manifeste dans ses qualités physiques; mais il faudrait déterminer si cette altération a préexisté à la maladie des méninges, ou si elle s'est formée sous son influence.

On peut soutenir l'une et l'autre opinion : quant à moi, je suis disposé à adopter la première et à penser que les congestions sanguines, dirigées si constamment vers la méninge cérébro-spinale, étaient le résultat d'un effort éliminatoire mal dirigé. La maladie est donc, pour moi, une méningite accompagnée d'altération du sang, et l'hypothèse d'une fièvre pernicieuse me paraît avoir contre elle, ainsi que je l'ai fait voir, la marche des symptômes, les résultats thérapeutiques et les altérations anatomiques.

Recherches historiques et bibliographiques.

La maladie que je viens de décrire est loin d'être une maladie nouvelle; et, malgré la confusion qui règne dans les anciens auteurs, relativement aux maladies cérébrales, il est facile d'y retrouver des histoires d'épidémies analogues, décrites sous diverses dénominations. Les médecins faisant alors peu d'autopsies, ou appréciant, selon les

théories régnantes, les altérations qu'ils rencontraient, imposaient à la maladie des noms différents, d'après l'ensemble des symptômes ou la prédominance de l'un d'eux. C'est ainsi que, sous les dénominations de fièvre cérébrale, ataxique ou pé échiale, céphalique, épidémique ou maligne, et fièvre vermineuse épidémique, on rencontre des épidémies qui offrent la plus grande analogie avec celle qui nous occupe, et jusqu'ici sont passées inaperçues, parce que leurs descriptions n'étaient pas accompagnées de détails suffisants d'anatomie pathologique pour qu'on pût les rattacher à la médecine organique ; mais elles acquièrent maintenant un grand intérêt, ainsi que l'a fait observer M. Guersent (art. *Méningite* du Dictionnaire en vingt-cinq vol.), par le rapprochement des symptômes qui ont été signalés alors, et qui sont presque tous les mêmes que nous avons observés à Versailles.

Des lésions identiques faisant présumer l'identité des maladies qui les produisent, de même la similitude dans le développement, la marche et la terminaison des phénomènes morbides font supposer la conformité de nature et de lésions organiques.

Abdère. Le plus ancien exemple de méningite épidémique est rapporté par Lucien. Les Abdéritains, rassemblés au théâtre, en plein midi,

pour voir jouer une pièce d'Euripide, furent saisis subitement d'un délire furieux, dû, sans doute, à l'insolation : la maladie ne s'arrêta qu'aux premiers froids de l'hiver.

Égypte. La maladie décrite, par Prosper Alpin, sous le nom de *typhomanie*, ou *phrénésie maligne*, et qui se manifeste, en Égypte, sous l'influence des vents brûlants du midi, paraît être de même nature et reconnaître la même cause.

Tropique. Il en est de même de la *calenture*, qui frappe les navigateurs dans les régions tropicales.

Europe, 1503-1510-1517. Épidémie d'encéphalite, décrite par Rhumelius.

Italie, 1505-1528. Frascator a décrit une épidémie de fièvre maligne pétéchiale, avec éruption de petites taches pourprées, du quatrième au septième jour. Il ne donne aucune observation particulière; mais sa description générale fait reconnaître une phlegmasie de l'encéphale, dont il attribue la cause aux débordements du Pô.

France, 1545. Forestus et Sauvages décrivent une maladie épidémique qui fit périr les jeunes gens les plus robustes, ce qui lui fit donner le nom de *trousse-galant*. « C'était une fièvre amphimérine, s'exaspérant le soir, avec veille continuelle, délire frénétique ou soporité profonde, qui dégénérait en mortelle léthargie. Les

malades se plaignaient d'un mal de tête atroce, de grandes douleurs dans les reins, et d'une lassitude qui abattait les forces; après de violents efforts pour vomir, ils rendaient beaucoup de vers vivants, par la bouche; il survenait, au plus grand nombre, des éruptions exanthématiques, qui étaient salutaires si elles avaient lieu au déclin de la maladie.

La saignée largement répétée, les ventouses scarifiées, les minoratifs, les apozèmes réfrigérants et les vermifuges étaient les remèdes les plus efficaces contre cette maladie, qui se terminait ordinairement le quatrième jour; rarement elle allait jusqu'au onzième. »

Italie et Savoie, 1545. Livinius Sanderinus a décrit, sous le nom de fièvre vermineuse épidémique, une maladie contagieuse qui attaquait de préférence les jeunes gens. Ses symptômes étaient: « Fièvre intense, délire, frénésie ou soporité, céphalalgie extrême, lassitude, prostration, douleurs lombaires et abdominales. Les malades rendaient, par le haut et par le bas, une quantité prodigieuse de lombrics vivants. Cette maladie, qui a enlevé les trois quarts des malades, se terminait, en bien ou en mal, du quatrième au onzième jour. »

Silésie, 1553. Épidémie d'encéphalite, en

même temps que Forestus observait, à Alkmaër, une fièvre pestilentielle vermineuse.

1557-1559. La même maladie s'est combinée avec l'épidémie catarrhale qui parcourait l'Europe.

Sicile, id. Ingrassias rapporte que, dans le même temps, la céphalalgie épidémique s'est montrée, en Sicile, avec les symptômes suivans : Rougeur du visage, chaleur brûlante par tout le corps, vertiges, céphalalgie atroce, fièvre vive; la maladie ne durait guère que quatre jours. Le seul remède efficace était la saignée et l'eau à la glace pour boisson.

Poitou, Aunis, Saintonge, 1557. Épidémie de fièvre pétéchiale, décrite par Coyttar.

Saxe, Bavière, 1571. Épidémie d'encéphalite.

Berne, 1572. *Id., id.*

Europe, 1580. Nouvelle combinaison de la céphalée épidémique, avec l'épidémie catarrhale régnante en Europe. Elle fut si terrible, qu'on la crut pestilentielle : elle enleva dix mille personnes à Rome, douze mille à Venise, deux mille à Madrid.

Lombardie, 1587. Treviso a observé une fièvre pétéchiale épidémique, compliquée quelquefois de symptômes vermineux.

Bâle, 1588. Félix Plater : céphalalgie maligne qui attaquait les hommes les plus robustes, et

particulièrement les plus adonnés à la débauche ; le corps se couvrait de taches violettes, quelque temps avant la mort, qui arrivait du septième au douzième jour.

Trente, 1591. Fièvre pétéchiale épidémique, décrite par Roboreto.

Fischbach, Lützelbourg, 1598. Fièvre pétéchiale épidémique, suivie d'une grande mortalité.

Londres, 1661. Céphalée épidémique, décrite par Willis.

Bresse, 1667. Fièvre vermineuse épidémique, décrite par Bonnet.

Danemarck, 1686. *Id.*

Environs de Toul, 1715. *Id.* contagieuse : fièvre, céphalalgie, amaurose, dilatation des pupilles, exanthème pourpré, mort le deuxième ou le troisième jour.

Sannoy, 1737. *Id.*, décrite par Howard.

Bois-le-Duc, 1745. Fièvre bilieuse rémittente observée par Pringle, pendant les chaleurs de juillet et à la suite d'inondations : frénésie, vomissements, paroxysmes, lombrics quelquefois, taches pétéchiales quelques jours avant la mort.

Provence, 1748. Fièvre vermineuse épidémique : délire comateux, convulsions, céphalalgie, fièvre ; décrite par Darluc.

Bas Maine, 1756. *Id.*, décrite par Kenze.

Aumale, 1757. Épidémie de céphalée, observée par Marteau.

Normandie, 1760-62-65. Épidémie vermineuse avec vomissements, délire, taches pourprées; décrite par Lepecq de la Cloture.

Toulon, id. Épidémie vermineuse avec éruption pourprée, vers, mouvements convulsifs ; décrite par Joyeuse.

Hollande, id. Épidémie vermineuse, vers, délire, coma. Vandenbosch l'attribue aux influences paludeuses.

Champagnolle, 1773. Épidémie vermineuse attribuée à la disette, observée par Villaine.

Munster, 1788. Céphalée épidémique, décrite par Saalmans.

Genève, 1805. Fièvre ataxique cérébrale épidémique, décrite par Matthey et Vieusseux.

Biblioth. méd., an 1806. Symptômes : céphalalgie vive, mal de cœur, mouvements convulsifs, délire ou stupeur ; le quart des malades est mort, les uns en moins de vingt-quatre heures, les autres du troisième au cinquième jour. Le corps des malades se couvrait de taches violettes au moment de la mort, ou fort peu de temps après, et quelquefois même pendant la vie. La maladie attaquait principalement les enfants et les jeunes gens de tout sexe et de toutes conditions.

Quelquefois la maladie se prolongeait et suivait

le cours d'une fièvre bilieuse ordinaire ; souvent aussi elle prenait le type intermittent, et on aurait pu la regarder comme une fièvre pernicieuse, dont le premier accès emportait le malade.

Le principal et souvent l'unique remède a été l'émétique à la dose de six grains, dans six onces d'eau, pris par cuillerée, de dix en dix minutes.

Résultat des ouvertures : vaisseaux des méninges fort injectés, humeur gélatineuse et teinte de sang répandue sur toute la surface du cerveau ; eau dans les ventricules ; plexus choroïdes d'un rouge foncé ; dans l'intérieur, matière jaunâtre puriforme, sans altération manifeste du tissu cérébral ; la même matière recouvre la couche des nerfs optiques et la base du cervelet, et s'étend, à un pouce environ, dans le canal vertébral ; le cervelet est très-mou.

Sicile, 1808. Épidémie de céphalée, parmi les troupes anglaises, sous l'influence d'une température de 39 deg. R. et du Siroco ; décrite par Alexandre Boyle.

Guéret, 1809. Même épidémie, décrite par Jouilleton : altération cadavérique ; injection bien caractérisée des vaisseaux, des trois méninges, et surtout des veinules qui serpentent sur le cerveau ; effusion séreuse abondante dans les ventricules.

Landes, 1838. Épidémie décrite par les doc-

teurs Lamothe et Lespès, régnant, depuis une année, dans les communes marécageuses qui entourent Dax.

« Tout à coup, sans prodromes, survient une céphalalgie très-violente, quelquefois précédée ou accompagnée de douleurs dans les reins et les membres; en même temps surviennent de violents efforts de vomissements et des contractions expulsives de l'intestin.

« Le malade perd la vue, l'ouïe, la connaissance; d'autres fois il y a exaltation des sens et surtout de la sensibilité tégumentaire, qui s'élève alors à un degré surprenant, au milieu du collapsus général des facultés cérébrales; alternatives de coma, stupeur et délire; tétanos ordinairement précédé d'agitation, de mouvements convulsifs.

« Certains malades sont foudroyés et meurent en quelque heures; d'autres se traînent longtemps, recouvrant certaines facultés, tandis que d'autres ne se rétablissent pas. Parmi ces derniers, il faut citer surtout l'usage de tel ou tel sens, et la nutrition qui s'exerce mal ou pas du tout. Dans ces cas, les malades succombent après un ou plusieurs mois du marasme le plus complet.

« Le pouls semble, au début, étranger à ce qui se passe; parfois il se montre lent, ensuite il prend de la fréquence et la conserve jusqu'au bout.

« Quand on saigne, au début, la fibrine domine

dans le sang ; bientôt il devient remarquablement couenneux.

« Toutes les altérations qu'ont révélé de nombreuses autopsies semblent être le résultat d'un raptus violent d'irritation sanguine ou d'un travail inflammatoire du cerveau, de ses annexes et de leurs membranes : les autres organes n'ont offert aucune lésion constante.

« Malgré quelques dissidences, la plupart des praticiens ont adopté le traitement par les antiphlogistiques, les révulsifs, les dérivatifs et les réfrigérants.

« La marche paroxystique des symptômes les a aussi, presque tous, conduits à essayer les antipériodiques. On a usé et abusé de ces moyens, mais presque toujours sans succès.

« Comme toutes les épidémies, cette maladie a présenté une marche croissante et décroissante da n l'intensité des symptômes.

« Dans sa dernière période, son aspect était différent; le délire était remplacé par une forte céphalalgie et des douleurs rachidiennes (1). »

J'ai cru devoir citer textuellement cet article, pour faire apprécier les analogies que présente cette épidémie avec celle de Versailles.

---

(1) *Gazette médicale* du 14 juillet 1838.

Enfin il résulte, de renseignements particuliers, qu'une maladie analogue a sévi, en 1839, dans les hôpitaux de la marine de Rochefort, et dans les hôpitaux militaires de Lyon et de la Rochelle.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS

SUR

LES FIÈVRES PERNICIEUSES CÉPHALALGIQUES SUBINTRANTES

qui ont régné à l'hôpital militaire de Bordeaux, à la fin du printemps et pendant l'été de 1839;

par M. le Dr GASSAUD,

médecin en chef de cet établissement.

Les fièvres graves que j'ai été à même d'observer cette année, à l'hôpital militaire de Bordeaux, ont presque toujours débuté d'une manière subite et sous une forme très-insidieuse. Du 22 au 31 mai, époque de leur apparition, sept sujets perdirent la vie en très-peu de temps; les uns moururent quelques heures après leur arrivée, ou peu de jours après leur entrée à l'hôpital; les autres expirèrent si promptement à la caserne, qu'il fut même impossible de leur administrer les premiers secours.

Justement alarmés du caractère d'une maladie qui paraissait devoir causer de nombreux ravages, les officiers de santé attachés au 21e régiment d'infanterie légère firent preuve du plus grand

zèle. Je me plais à leur témoigner ici toute ma gratitude pour leur empressement à m'envoyer d'urgence tous les malades atteints de ces pyrexies redoutables.

Nées sous l'influence des miasmes marécageux dégagés par une forte chaleur, ces fièvres se montrèrent escortées de tous les symptômes qui accompagnent le plus souvent l'inflammation du cerveau ou des méninges. On les vit attaquer en même temps des hommes parfaitement constitués, ainsi que des sujets faibles et valétudinaires : les tempéraments sanguins et bilieux payèrent surtout leur tribut à ces affections. Cependant, il faut le dire, elles furent moins fâcheuses aux hommes robustes qu'à ceux d'une constitution délabrée. Ces pyrexies, presque toutes à type subintrant, prirent la forme des phlegmasies cérébrales les mieux caractérisées, à tel point qu'elles trompèrent les yeux les plus clairvoyants.

Un de mes collègues, chirurgien-aide-major à l'hôpital, et médecin très-distingué, qui se trouva chargé de mon service pendant huit jours, essaya de les combattre à l'aide d'un traitement largement antiphlogistique : malheureusement ses tentatives n'obtinrent que peu ou point de succès; car, pendant ce laps de temps, il y eut cinq décès, sans y comprendre deux sol-

dats morts le jour de ma rentrée en fonctions. Voyant que j'avais à traiter des fièvres pernicieuses, je modifiai sur-le-champ les moyens thérapeutiques employés par mon confrère, et depuis ce moment j'obtins des guérisons remarquables par les dangers qu'avaient courus les malades.

Mes cahiers de clinique font foi que, depuis le 1er juin, j'ai donné mes soins à cent soixante-deux militaires atteints de fièvre grave; sur ce nombre je n'ai compté que deux décès. J'ose croire qu'un pareil résultat est digne de fixer l'attention des praticiens et de nos jeunes médecins militaires; il prouve mieux que tous les raisonnements quel est le traitement qui convient aux fièvres pernicieuses.

Avant de tracer les observations que j'ai recueillies, je vais dire un mot des causes éloignées et prochaines de ces fièvres, et tracer un aperçu de leurs symptômes, ainsi que du traitement qui leur convient.

La ville de Bordeaux, située près d'un grand fleuve qui va confondre ses eaux avec celles de l'Océan, éprouve journellement les effets du flux et du reflux de la mer. Par conséquent, à marée basse, les bords du fleuve et toutes les petites rigoles qui viennent y aboutir se trouvent privés d'eau durant plusieurs heures du jour et de la nuit. Là, se trouvent des détritus de matières

végétales et animales et une grande quantité de vase fangeuse qui, dans certaines circonstances, doivent vicier l'atmosphère. On ne saurait nier que Bordeaux recèle dans son sein un foyer permanent d'effluves marécageux, susceptibles de se volatiliser et de répandre leur influence délétère sur les personnes qui les respirent.

En parcourant avec attention les divers quartiers de la ville, j'ai observé que presque tous étaient dépourvus d'égouts destinés à recevoir les immondices et les eaux ménagères; il en résulte que ces eaux viennent aboutir au milieu des rues, où elles sont en partie évaporées, et se rendent enfin dans la Gironde, après avoir, dans leur trajet, imprégné l'air des vapeurs méphitiques qu'elles contenaient. N'est-il pas permis de croire que cette nouvelle source d'infection ait contribué au développement des fièvres qui font l'objet de ce mémoire?

Les divers administrateurs qui, depuis cinquante ans, ont dirigé le département de la Gironde et la ville de Bordeaux ont apporté beaucoup de soins à assainir et surtout à embellir cette importante cité; néanmoins il reste encore beaucoup à faire, et ceux qui voudront marcher sur les traces du comte de Tournon, ancien préfet de ce beau département, pourront mériter, comme ce digne magistrat, des couronnes civiques. De grands tra-

vaux ont été entrepris et heureusement terminés depuis l'épidémie de 1805 : c'est ainsi que plusieurs marais qui couvraient autrefois Bordeaux, à l'ouest et au sud, se sont convertis en places ou promenades. Le quartier de la Chartreuse, jadis inhabitable ainsi que le cours d'Albret, ont acquis une salubrité remarquable depuis que l'on a comblé ou desséché les vastes marécages qui les environnaient.

La rade de Bordeaux, dont l'œil ne peut saisir l'immensité, contient plusieurs débarcadères construits en pierre de taille qui contribuent à sa beauté. Il serait à désirer que l'on eût fait de pareils travaux dans toute son étendue; le lit du fleuve serait encaissé, et l'on préviendrait la formation de ces cloaques infects qui existent du côté du Paludate et de Bacalan; il est certain que ce travail produirait des avantages signalés. L'établissement des fontaines publiques, à chaque coin de rue, comme à Toulouse, contribuerait beaucoup aussi à rendre l'air de Bordeaux plus sain. Je présume que l'administration municipale actuelle redoublera d'efforts pour doter la ville de ce puissant moyen de salubrité.

L'expérience démontre que Bordeaux contient tous les éléments propres à engendrer les fièvres pernicieuses. Si ces maladies se montrent moins souvent aujourd'hui qu'il y a trente à qua-

rante ans, il faut l'attribuer aux circonstances hygiéniques que j'ai fait connaître, et ensuite à l'aisance plus générale dont jouit la population de cette grande cité. Aujourd'hui elle est, en général, mieux nourrie, mieux logée, et fait un usage plus modéré du vin. Si l'épidémie de 1805, dont Coutanceau nous a tracé l'histoire, et qui fit périr trois mille individus, se déclara avec une intensité si vive, elle fut occasionnée par les marais de la Chartreuse et par le débordement du ruisseau nommé le Pengue, qui chargèrent l'air d'une grande quantité de gaz méphitiques.

Quoique les fièvres qui ont sévi sur les soldats de la garnison de cette place n'aient pas attaqué les bourgeois d'une manière aussi générale, il demeure constant que plusieurs individus, habitant dans le voisinage des prairies marécageuses, ont présenté des fièvres identiques, et avec des symptômes analogues à ceux observés sur les militaires venus à ma clinique ; je m'explique pourquoi les soldats ont été atteints de préférence, cette année, par les fièvres insidieuses, en me rappelant qu'ils furent exposés, avant le lever du soleil, à la fraîcheur du matin sur le champ des manœuvres, voisin de la rivière.

Vers la fin de mai, la température fut très-élevée, surtout au milieu du jour, époque à laquelle le thermomètre de Réaumur atteignit, au nord

et à l'ombre, le 28e degré; au soleil il s'éleva en même temps jusqu'à 35 degrés.

Cette chaleur extraordinaire, qui s'accrut quelquefois pendant les trois mois suivants, dut volatiliser une grande quantité de miasmes marécageux provenant des foyers que j'ai signalés. Ces vapeurs malfaisantes vinrent agir sur des hommes mal disposés, et provoquèrent, par leur introduction dans l'économie, des accès de fièvre pernicieuse. J'ai été à même de remarquer que ces pyrexies graves se développèrent avec plus de facilité sur les individus qui se nourrissaient d'aliments indigestes, qui buvaient beaucoup d'eau, et qui, en outre, se livraient à des exercices trop pénibles. Les militaires composant la garnison de Bordeaux, se trouvant dans cette catégorie, ont été bien plus généralement attaqués que les habitants; néanmoins un assez bon nombre d'ouvriers à qui j'ai donné des soins, nourris avec des aliments grossiers et se rapprochant de la condition des soldats, ont été également atteints comme eux. Si on analyse l'action de la chaleur, l'usage immodéré de l'eau de puits dont les soldats s'abreuvaient inconsidérément en revenant de la manœuvre, on s'expliquera pourquoi les fièvres les ont attaqués de préférence. Il me semble que je puis affirmer, sans crainte d'être démenti, que ces hommes, déjà affaiblis par un régime peu

nourrissant, par l'usage d'une eau lourde, chargée de sels de chaux, devaient se trouver considérablement affaiblis, et susceptibles, par conséquent, de contracter des fièvres graves, dues à une espèce d'empoisonnement miasmatique.

Les médecins italiens et espagnols ont constaté que les boissons fermentées et légèrement stimulantes sont utiles, à doses modérées, pour entretenir la santé de l'homme pendant les chaleurs de l'été ; mais ils ont remarqué aussi, avec juste raison, que les boissons alcooliques sont nuisibles si on les prend en trop grande quantité. J'ai pu vérifier moi-même la justesse de ces observations : me trouvant à Calvi (Corse) pendant l'été de 1837, au moment où une épidémie meurtrière de fièvres pernicieuses désolait cette petite ville, je vis que tous les soldats adonnés à l'ivrognerie furent excessivement malades ou perdirent la vie, tandis que ceux qui faisaient un usage très-modéré du vin ne ressentirent aucune indisposition.

Lanzoni nous apprend que dans l'épidémie de Ferrare, qui fit tant de victimes, les pauvres qui purent se procurer un peu de vin se préservèrent presque tous. En 1805, Coutanceau observa, à Bordeaux, que les ouvriers de la Chartreuse, occupés à travailler au desséchement des marais, et à qui on distribuait une pe-

tite ration d'eau-de-vie chaque matin, échappèrent presque tous à ces affections redoutables. J'ai été à même de faire la même remarque en Morée et en Afrique ; j'ai noté que, dans ces pays, le vin, l'eau-de-vie, en petite quantité, mais surtout le café en décoction, étaient d'excellents préservatifs contre les fièvres pernicieuses des marais. Il serait à désirer qu'en Afrique, par exemple, le soldat eût, comme l'Arabe, un peu de café à chaque repas ; ce serait un excellent prophylactique contre des maladies meurtrières qui, chaque année, nous enlèvent bon nombre de braves en Algérie.

Il est maintenant hors de toute controverse que la cause la plus directe des fièvres pernicieuses se trouve dans l'absorption pulmonaire ou gastrique de l'air chargé de matières végétales ou animales en décomposition. Quoique les expériences eudiométriques, faites avec le plus grand soin, nous montrent l'air des pays marécageux aussi pur que celui pris sur les plus hautes montagnes, il n'en est pas moins vrai qu'il existe entre ces deux airs une énorme différence, qui cependant échappe à la perfection de nos meilleurs instruments ; nos organes, plus délicats et plus sensibles, peuvent seuls la faire apprécier. D'après les observations que j'ai recueillies cette année, je crois être fondé à penser

que, pendant les fortes chaleurs, l'air peut se charger ici de miasmes fébriles. Ces émanations marécageuses sont absorbées par le poumon ou l'estomac, pénètrent ensuite dans le sang, le rendent diffluent, presque entièrement privé de fibrine et, par conséquent, impropre à l'innervation cérébrale, et, par suite, à l'entretien de la vie.

Si les militaires composant la garnison de Bordeaux se sont particulièrement trouvés atteints des fièvres pernicieuses qui ont régné cette année, je dois l'attribuer à ce qu'ils allaient à l'exercice avant le lever du soleil, sur les bords de la Gironde; là, ils ont dû respirer un air chargé de divers effluves dégagés à marée basse; ces vapeurs méphitiques, condensées par la fraîcheur des nuits, exerçaient une action d'autant plus puissante, qu'elles agissaient sur des hommes qui, déjà, à une époque peu éloignée, avaient essuyé un typhus meurtrier.

On vient de voir par ce qui précède quelles sont les causes des pyrexies qui font l'objet de ce mémoire; je vais maintenant exposer les symptômes généraux que j'ai remarqués sur la plupart des malades entrés dans les salles confiées à mes soins.

Au début, malaise de tout le corps, frisson irrégulier, tantôt court, tantôt prolongé; in-

somnie plus ou moins opiniâtre, d'autres fois somnolence marquée, délire manifeste; céphalalgie occipito-frontale, constante et très-intense; anorexie; nausées accompagnées de quelques régurgitations de bile; chaleur générale de la peau du torse, extrémités souvent froides; pouls petit et très-fréquent. Tels furent les signes non équivoques d'un premier accès. Au second, les symptômes déjà décrits s'aggravèrent : ainsi le frisson fut remplacé par un froid glacial, surtout aux pieds; la tête était douloureuse et très-chaude. Chez un assez grand nombre de malades, il y eut perte absolue de connaissance pendant l'accès. Chez quelques-uns, la langue blanche, épaisse, et humectée dans presque toute son étendue, dénotait peu ou point d'irritation dans le canal digestif. Les sujets gravement atteints avaient des selles involontaires. Les matières rendues exhalaient une odeur fétide, et les urines avaient une odeur de souris bien prononcée. Pendant la période de chaleur, les malades se trouvaient fort agités, tandis que, vers le déclin de la fièvre, ils étaient plongés dans une espèce de stupeur; alors les yeux étaient fixes, avec immobilité des pupilles, les paupières légèrement ouvertes.

Dans les cas où la fièvre devait se terminer d'une manière favorable, les symptômes fâcheux

s'évanouissaient; d'abord le malade reprenait ses sens, une sueur abondante et fétide le baignait de toutes parts, il fallait le changer de chemise cinq à six fois, et il goûtait après un sommeil réparateur. Si la mort devait survenir, l'agonie se déclarait pendant la sueur, qui était froide, le pouls augmentait de fréquence et perdait en force, jusqu'à ce que le malade rendît le dernier soupir.

Quoique les fièvres pernicieuses aient donné lieu, dans ces derniers temps, à plusieurs ouvrages estimés et à divers mémoires très-bien faits, j'ai pensé, néanmoins, que les nouvelles observations que je publie pourraient servir de matériaux à ceux qui entreprendront une histoire complète des fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses. Je pense également qu'elles pourront être utiles aux jeunes médecins militaires trop imbus de la doctrine de l'irritation, et qu'elles leur feront éviter, dans certains climats, l'abus des émissions sanguines.

Je le répète, on ne saurait assez se prémunir contre ces pyrexies insidieuses, qui revêtent à s'y méprendre les formes de l'encéphalite, de l'arachnoïdite et autres inflammations viscérales. On doit se souvenir que ces pyrexies dangereuses exigent un traitement spécial, prompt et énergique, et qu'en général les émissions sanguines, employées seules, échouent complétement. Il faut

se rappeler ici qu'un bon diagnostic est indispensable, et que de lui dépend la vie ou la mort du malade.

Les fièvres subintrantes que j'ai observées à Bordeaux, pendant l'été de cette année, ont résisté au traitement antiphlogistique et révulsif employé avec méthode; je dois dire, pour être vrai, que ce genre de médication a été infiniment plus nuisible qu'utile, et c'est lorsque j'en ai été parfaitement convaincu, que je suis devenu très-réservé sur les déplétions sanguines générales, et sur les applications de sangsues, qui ont été si peu profitables à mon collègue, pendant qu'il me suppléait dans mon service.

A dater du 1er juin, je me suis abstenu d'appliquer des sangsues aux malades atteints de fièvres subintrantes, qui se sont présentés à ma clinique; j'ai engagé MM. les chirurgiens de garde, lorsqu'ils croiraient qu'une émission sanguine était urgente, indispensable, à y recourir avec ménagement, au moyen de la lancette et des ventouses scarifiées. L'expérience m'ayant appris qu'il fallait être avare de sang dans les fièvres à accès pernicieux, j'ai dû insister sur ces sages avis qui, du reste, ont été bien saisis et ponctuellement exécutés par MM. Bruneau et Arnaud, chirurgiens-sous-aides, pleins de mérite, attachés à mon service.

J'ai fait une remarque, relativement aux sangsues, que je dois consigner ici. Lorsqu'on fait appliquer ces annelides en grand nombre, on n'est pas certain d'évaluer la quantité de sang dont on veut priver le malade, attendu qu'on ne peut fermer avec facilité leurs piqûres, qui laissent suinter le sang pendant huit, douze, et même vingt-quatre heures; le soin d'étancher le sang étant confié d'ordinaire à des infirmiers peu intelligents, il en résulte quelquefois des inconvénients majeurs et même funestes aux malades, surtout lorsqu'il s'agit d'individus atteints de fièvres pernicieuses, et dont le sang est presque privé de fibrine. Si, dans ces phlegmasies simples, une abondante saignée peut n'être pas nuisible, il n'en est pas de même dans les circonstances actuelles, où trop de sang perdu peut empêcher la réaction vitale et conduire en peu d'heures le fébricitant au tombeau. Les médecins qui exercent leur art dans les pays marécageux ont été à même de juger que les larges saignées ne convenaient point pour arrêter, dans leur marche rapide, les fièvres pernicieuses; c'est ce dont j'ai pu me convaincre à Bougie, pendant l'épidémie de 1834, époque à laquelle je dirigeais le service médical de cette place.

Si je blâme les émissions sanguines trop abondantes, opérées dans le but de guérir les fièvres

insidieuses, je désire cependant qu'on ouvre la veine du bras ou du pied, au début de ces maladies, mais qu'on ne fasse jamais perdre au malade au delà de six cent vingt-cinq grammes de sang; c'est ce que j'ai pratiqué à Bordeaux, avec le plus grand succès. J'ai eu recours, immédiatement après, à l'usage du sulfate de quinine, sous toutes les formes, en potion, en lavement, en pilules, et par la méthode endermique. Ici, de même qu'en Morée, je me suis contenté d'administrer ce médicament à dose moyenne, que j'ai variée, au reste, selon l'intensité de la fièvre, le tempérament des individus, l'état de la langue et la susceptibilité de l'estomac. Jamais, dans les accès les plus forts, je n'ai dépassé le poids de vingt décigrammes en potion et en lavement. Je sais que quelques médecins de l'armée d'Afrique ont employé ce sel à doses énormes. Je n'oserais imiter un semblable exemple; j'y serais d'autant moins porté maintenant, que j'ai pu apprécier les succès qu'on se glorifiait d'avoir obtenus.

Beaucoup d'hommes, figurant au nombre des guéris sur les cahiers de visite de l'hôpital militaire de Bone, sont venus mourir aux hôpitaux d'Alger avec des colites ulcéreuses, occasionnées, sans nul doute, par le sulfate de quinine pris en trop grande quantité; c'est ce qui résulte des diverses autopsies faites, en ma présence, par

MM. Maillefer et Dufour, sous-aides attachés à mon service, en décembre 1834, à l'hôpital de la Salpêtrière d'Alger.

En me résumant, je dirai que le sulfate de quinine est un remède héroïque, spécifique même, pour combattre les fièvres pernicieuses, mais qu'il ne faut pas en exagérer les doses. On arrêtera aussi bien un accès pernicieux avec un gramme ou un gramme et demi de sulfate de quinine qu'avec trois, quatre et cinq grammes; bien mieux, on guérira, sans craindre de faire succéder, à la maladie qu'on voulait détruire, une affection encore plus grave. Ce que j'avance est le fruit d'une longue pratique en Espagne, en Corse, en Grèce et en Afrique, où j'ai eu occasion de soigner des milliers d'hommes atteints de ces pyrexies.

Quand la fièvre est subintrante, c'est-à-dire qu'un accès remplace l'autre immédiatement, ou qu'il n'y a qu'un léger intervalle entre chacun d'eux, il faut saisir le déclin de l'accès pour administrer le fébrifuge, afin de prévenir ou diminuer au moins celui qui doit suivre. Dans le cas où la fièvre présente une période assez régulière, et qu'il y a pyrexie marquée, on fait prendre le sulfate de quinine, en plusieurs doses, de façon que la dernière, qui sera la plus faible, soit ingérée deux heures au moins avant le retour pré-

sumé de l'accès. A l'aide de ces précautions, j'ai arrêté la marche des fièvres les plus graves. Lorsque le malade vomissait les potions et les pilules, j'ai dû avoir recours aux lavements de sulfate de quinine, et à l'application de ce sel sur la peau, privée de son épiderme.

Les anciens, qui ne voyaient que saburres à évacuer, avaient conseillé l'emploi des vomitifs, au début de toutes les fièvres en général; je crois que cette médication peut quelquefois être avantageusement employée, mais je pense qu'on ne saurait en faire une méthode banale de traitement : on doit s'en abstenir avec le plus grand soin s'il y a rougeur, sécheresse et aridité de la langue; on devra proscrire l'émétique s'il y a douleur de tête bien marquée, provenant d'une congestion de sang vers le cerveau; car on conçoit que, à chaque effort que fera le malade pour vomir, la congestion cérébrale augmentera, et par conséquent la céphalalgie redoublera d'intensité. En revanche, si les vomitifs ne peuvent convenir dans les fièvres pernicieuses céphalalgiques, on aura recours aux purgatifs, qui seront alors très-utiles. Le calomel, le jalap, le séné et le sulfate de soude, m'ont été d'une grande utilité; surtout le premier, que j'ai prescrit jusqu'à la dose de dix décigrammes

Les vésicatoires, les sinapismes, le séton,

l'application, aux jambes, de l'eau bouillante, tels sont les puissants révulsifs que j'ai mis en usage, et que je considère comme d'excellents auxiliaires du sulfate de quinine. L'application de l'eau bouillante, à l'aide de linges dont les membres étaient entourés, m'a permis de borner l'action de ce moyen. J'ai profité des ampoules qu'elle avait occasionnées pour y pratiquer l'application d'une assez grande quantité de sulfate de quinine en poudre, ou mieux encore dissoute dans de l'eau acidulée.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Cas de guérison.

C*** Jacques, âgé de 22 ans, chasseur au 21e régiment d'infanterie légère, de faible complexion, avait contracté, pendant l'automne de 1838, une fièvre typhoïde, qui régnait épidémiquement dans le département de la Charente. Depuis cette maladie grave qui avait failli le faire mourir, C*** n'avait eu qu'une santé chancelante. Appelé avec le contingent de sa classe, il vint à Bordeaux rejoindre le corps qu'on lui avait désigné. Ne pouvant s'habituer aux exigences et aux fatigues militaires, C*** ne tarda point à tomber malade.

Le 3 juin, au retour de l'exercice, et immédia-

tement après avoir mangé la soupe, il éprouva beaucoup de malaise, accompagné de frisson, qui fut suivi, pendant tout le reste de la journée, d'une forte chaleur et d'une céphalalgie des plus intenses; cette douleur fut si vive, vers les neuf heures, que C***, pour se soulager, se plongea la tête dans un seau d'eau sortant du puits.

Le 4, le malade était baigné de sueur, lorsqu'il se décolora, trembla avec violence, et finit par ne donner aucun signe de vie. Ses camarades, effrayés, allèrent au plus vite prévenir le chirurgien-major, qui fit porter, sans délai, le malade à l'hôpital. Je l'examinai peu de temps après son entrée, et le trouvai dans l'état suivant : décubitus sur le dos; perte absolue des facultés intellectuelles; yeux ternes avec paupières abaissées, pupilles dilatées, insensibles à la lumière; face pâle, lèvres décolorées; mâchoires fortement serrées; déglutition impossible; ventre souple, presque naturel; pouls petit et fréquent, donnant cent huit pulsations par minute. Saignée de trois cents grammes; un quart de lavement avec sulfate de quinine, un gramme; brûlure aux jambes, au moyen de l'eau bouillante; vésicatoire au sommet de la tête.

Le 6, il y eut une légère amélioration; le malade, quoique n'ayant pas recouvré toute sa connaissance, commença à ouvrir la bouche, et prit

un peu de boisson. J'observai une forte rougeur aux mollets et une grosse phlyctène sur le sommet de la tête. Le pouls, plus régulier, était tombé à quatre-vingt-douze pulsations. Diète, potion avec un gramme de sulfate de quinine, à prendre *illicò*, lavement purgatif, sinapismes à la plante des pieds.

Le 7, le malade se trouva beaucoup mieux que la veille : il se plaignit des jambes et des pieds qui le faisaient horriblement souffrir ; il parla, entendit et connut toutes les personnes qui l'entouraient. De larges ampoules s'étaient développées à la partie postérieure des jambes. C*** disait que la tête était encore sourde et embarrassée, que le ventre était tendu ; il avait besoin d'aller à la selle, et il ne pouvait y parvenir. Infusion de graine de lin miellée, potion avec le sulfate de quinine, six décigrammes ; quatre pilules de calomel de deux décigrammes et demi chacune ; lavement émollient.

Le 8, apyrexie complète; le malade alla trois fois à la garde-robe, et rendit trois vers lombrics. Il accusa moins de douleur aux jambes ; j'avais ordonné, la veille, de les panser avec du cérat opiacé. Comme il se trouvait très-faible, il demanda à grands cris quelques aliments légers. Pruneaux, limonade gommeuse, quatre pilules fébrifuges, le matin, deux pilules de calomélas le soir, un déci-

gramme de sulfate de quinine en poudre sur le vésicatoire du sommet de la tête.

Le 9, C*** n'était pas aussi bien que la veille; il m'avoua avoir ressenti un frisson pendant la nuit; je le trouvai baigné de sueur, et avec une céphalalgie bien manifeste. Potion avec huit décigrammes de sulfate de quinine; quatre pilules de calomélas; même boisson et même alimentation que la veille.

Le 10, le malade se plaignit de ne pouvoir aller librement à la selle; néanmoins il a passé une bonne nuit, exempte de fièvre. Infusion de graine de lin, miellée; riz; lavement émollient; six pilules de sulfate de quinine, à prendre dans la soirée.

Le 11, le vésicatoire du sommet de la tête ne donnant presque plus de suppuration, j'ordonnai de le sécher : il fut pansé, ainsi que les jambes, avec des compresses enduites de cérat de saturne; le malade fut mis à la soupe et à l'usage des pilules fébrifuges, matin et soir.

Les 12, 13, 14, 15 et 16 se passèrent très-bien.

Le 17, le malade se trouvait en pleine convalescence, et je le considérai comme guéri de cette cruelle affection.

Le 25, je lui permis de sortir de l'hôpital pour jouir de la promenade. Comme cet homme se

trouvait extrêmement faible de complexion et qu'il ne pouvait rendre aucun service, il fut présenté à l'inspection générale pour un congé de renvoi, que j'appuyai et qui lui fut accordé.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Mort du sujet.

R*** Jean, chasseur au 21e régiment d'infanterie légère, âgé de 22 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, assez bien constitué, fit, quelques jours avant de tomber malade, un long exercice, matin et soir, sous l'influence d'un soleil brûlant. En rentrant à la caserne, il buvait de l'eau froide en abondance, qu'il vomissait à différentes reprises. Le 6 juin, au soir, il dit, en se couchant, qu'il avait un mal de tête atroce.

Le 7, au matin, la céphalalgie ne s'était point calmée; le malade commençait à délirer. Après un frisson assez vif, on fit appeler le chirurgien-major du régiment, qui le visita vers midi, et jugea à propos de lui pratiquer une large saignée; en même temps il pria l'officier comptable de notre hôpital de vouloir bien l'admettre d'urgence; en effet, ce militaire entra dans mes salles, dans l'après-midi du même jour.

Pendant mon absence, le chirurgien de garde, croyant avoir à traiter une phlegmasie cérébrale

franche et méconnaissant une fièvre insidieuse qui s'offrait à ses regards, saigna encore copieusement ce malade, en lui tirant cinq cent vingt-cinq grammes de sang par la veine du bras, et en lui faisant une application de vingt sangsues aux apophyses mastoïdes. Le malade délira pendant toute la nuit, et il perdit beaucoup de sang par les piqûres des sangsues.

Le 8, à ma visite du matin, R*** fut soumis à mon examen, et je notai les symptômes suivants : céphalalgie fronto-occipitale bien manifeste ; trouble très-marqué des facultés intellectuelles ; cependant le malade saisissait assez bien quelques-unes de mes questions, mais il y répondait lentement, en hésitant beaucoup, et en prononçant immédiatement plusieurs mots sans suite. Il avait lâché ses urines dans le lit sans s'en apercevoir ; la face était pâle, la langue large, blanche et humectée, un peu froide ; le pouls, extrêmement petit, était d'une fréquence extrême, et fuyait sous les doigts ; le sang, tiré du bras, était décoloré et presque sans caillot. Diète ; limonade ; potion avec le sulfate de quinine, un gramme ; quatre pilules de calomélas ; frictions avec l'alcool camphré sur les membres et le torse ; application, aux jambes, de linges trempés dans l'eau bouillante ; larges vésicatoires aux cuisses ; lavement avec douze décigrammes de sulfate de quinine.

Le 9, les infirmiers me dirent que le malade n'avait pu avaler sa potion ni retenir son lavement, qu'aussitôt qu'on lui mettait quelque chose dans la bouche il le rejetait de suite. M'étant approché de R***, je le trouvai couché sur le ventre, ayant le corps ployé en arrière, les pieds allant arc-bouter avec la planchette du lit; il portait les deux mains à la tête, comme pour indiquer qu'elle lui faisait très-mal. L'application des linges trempés dans l'eau bouillante, ainsi que les vésicatoires, avaient à peine rougi les membres inférieurs : j'essayai moi-même de faire boire le malade, il me fut impossible d'y parvenir. Un trismus des mâchoires s'était déclaré, et la contraction morbide des muscles masseters s'était propagée jusqu'au pharynx; les facultés sensoriales n'existaient plus. Présumant que R*** ne prolongerait point son existence, qui déjà me semblait éteinte, je fis promener des sinapismes très-chauds sur les bras et les cuisses, mais sans espoir de rappeler ce malheureux à la vie. En effet, à ma visite du soir, tous les symptômes du matin avaient encore empiré : la râle de l'agonie annonçait une fin prochaine inévitable. Le malade cessa de vivre à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Crâne. Les méninges étaient peu injectées; on remarquait sur l'arachnoïde quelques points blanchâtres, qui, piqués avec la pointe du scalpel, laissaient suinter quelques gouttes de sérosité lactescente. La substance propre du cerveau était de consistance ordinaire; les ventricules contenaient très-peu de sérosité; on ne pouvait l'évaluer à plus de trente grammes.

Thorax. Les deux poumons se trouvaient sains, mais il y avait une adhérence très-marquée du côté gauche. Le cœur et les gros vaisseaux contenaient une quantité notable de sang noirâtre, diffluent et comme poisseux.

Abdomen. L'estomac était très-sain; sa membrane muqueuse, d'une belle couleur blanche, n'offrait pas la moindre lésion; les intestins grêles participaient de l'état de l'estomac : seulement, vers le colon transverse, j'observai des traces d'ulcérations anciennes, qui avaient atteint le terme d'une cicatrisation parfaite.

TROISIÈME OBSERVATION.

Guérison.

E*** Jean, chasseur au 21e régiment d'infan-

terie légère, âgé de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, avait essuyé, en janvier dernier, une bronchite, dont il avait eu beaucoup de peine à guérir. Depuis deux mois environ, il ne toussait plus, et participait à tous les exercices de sa compagnie, lorsque, sans cause appréciable, il ressentit, le 16 juin, un grand mal de tête, accompagné d'un léger frisson. La céphalalgie augmenta encore pendant la nuit du même jour, à tel point que vers minuit elle devint intolérable. Le malade, en proie à une chaleur extrême, cherchait partout de quoi se rafraîchir : on le trouva nu dans la cour de la caserne, d'où, délirant, il fut ramené dans son lit; vers le matin il sua avec abondance et se sentit mieux.

Le 17, E*** se leva, ne voulant pas que l'on le crût malade; il fit même une petite corvée, se présenta pour manger la soupe, qu'il n'eut pas la force d'avaler.

Le reste de cette journée se passa avec une lassitude et un abattement remarquables; enfin, vers dix heures du soir, on l'entendit grelotter et pousser quelques gémissements. Quelques instants après il avait perdu connaissance, ce qui décida les assistants à courir au plus vite chez le chirurgien-aide-major du bataillon, qui, ayant constaté la position d'E***, le fit transporter en toute hâte et sur le brancard à l'hôpital. Là, on lui pratiqua

immédiatement une saignée de trois cent soixante-quinze grammes, et on lui fit une application de deux larges sinapismes aux mollets; en outre, on lui administra un lavement purgatif, fortement émétisé.

Le 18, à ma visite du matin, à six heures, je trouvai le malade étendu sur son lit, dans un état de prostration extrême; il avait le visage pâle, les yeux ternes, enfoncés dans les orbites; la bouche déviée légèrement à droite; les dents fortement serrées; il ne répondait rien à ce qu'on lui demandait; seulement, de temps à autre, on le voyait porter la main au front, comme pour indiquer qu'il était le siége d'une vive douleur; le pouls donnait cent six pulsations par minute. Ayant écarté les mâchoires avec une spatule, je m'aperçus que la langue était humide, blanche et sans aucune espèce de rougeur. Limonade; potion avec un gramme de sulfate de quinine; lavement fébrifuge; vésicatoires aux mollets, rougis à peine par les sinapismes de la veille. Pour faire avaler la potion au malade, on lui pinça fortement le nez, en même temps qu'on lui introduisit un biberon en étain dans la bouche. Ce moyen eut un succès complet.

Le 19, E*** commença à reprendre un peu ses sens, se plaignit d'un grand mal de tête et d'une fièvre très-forte. Quand je lui demandai s'il

avait dormi, il me dit que les jambes, qui le piquaient horriblement, lui avaient enlevé le sommeil; le pouls était encore bien fréquent, et le malade avait uriné dans son lit, avec la ferme persuasion qu'il avait vaqué à ses besoins dans un vase de nuit. Diète; tisane d'orge; potion fébrifuge, avec six décigrammes de sulfate de quinine; application de deux décigrammes du même sel sur les vésicatoires des jambes, où se trouvent de larges phlyctènes.

Le 20, la nuit a été excellente : E*** a mouillé trois chemises de ses sueurs; le pouls est devenu souple, égal; il donne soixante-dix-huit battements par minute; il y a, en un mot, une amélioration sensible, à tel point que ce militaire demanda à manger. Pruneaux; potion avec sulfate de quinine, comme la veille; mais le malade se plaignant vivement de la douleur occasionnée par les vésicatoires, je les fis panser avec le cérat simple.

Le 21, l'amélioration se soutint; les mouvements fébriles me parurent tout à fait enrayés; je ne comptai plus que soixante-sept pulsations par minute; l'abdomen était souple, indolent presque partout; seulement, vers l'hypocondre gauche, au-dessous du rebord des fausses côtes, on voyait une légère proéminence que j'attribuai au gonflement pathologique de la rate. Soupe;

quatre pilules fébrifuges, à prendre le matin; calomélas, un gramme, en quatre pilules, à prendre le soir.

Le 22, le malade a eu trois selles abondantes, où se trouvait un gros ver lombric; il déclara ne s'être jamais mieux porté; en effet, tous les symptômes graves avaient disparu. J'augmentai progressivement les aliments, en ordonnant encore des doses minimes de sulfate de quinine.

Les 24, 25, 26 et 27 juin se passèrent sans aucune espèce de frisson.

Le 28, E*** était en pleine convalescence; il mangea graduellement le quart, la demie et les trois quarts de la portion. Il sortit enfin, entièrement guéri, dans les premiers jours de juillet.

QUATRIÈME OBSERVATION.

B*** Jean, âgé de 22 ans, jeune soldat nouvellement incorporé au 21e régiment d'infanterie légère, d'un tempérament sanguin assez bien constitué, avait été atteint, l'année précédente, d'une fièvre typhoïde. Depuis cette époque, il avait été souffrant, et ne s'était jamais bien rétabli. Forcé de rejoindre son régiment, c'est avec beaucoup de peine qu'il quitta sa famille pour venir à Bordeaux, et entrer au service. Soumis, dès son arrivée, à un exercice long et pénible, il ne tarda pas à être incommodé, mais il ne s'en plaignit

point, dans la crainte qu'on l'obligeât à entrer à l'hôpital, où, déjà, deux de ses jeunes camarades venaient de mourir. Plusieurs jours se passèrent ainsi, lorsque, en revenant du champ de manœuvres, il tomba dans les rangs, sans connaissance, et il fut admis d'urgence et sans billet dans mes salles.

C'est le 18, à trois heures, que je lui fis ma première visite. Voici ce que je remarquai : pâleur générale du visage; pupilles immobiles; contraction forte des muscles masseters, qui empêchait le libre écartement des deux mâchoires; langue saburrale; déglutition difficile; pouls petit, très-fréquent; chaleur de la peau très-vive, surtout vers l'abdomen; céphalalgie très-intense; urines et selles involontaires. Diète; limonade; potion avec le sulfate de quinine et l'éther, de chaque un gramme; frictions d'alcool camphré aux cuisses; applications, aux jambes, de compresses trempées dans l'eau bouillante; quart de lavement, avec huit décigrammes de sulfate de quinine.

Le 19, B*** passa une mauvaise nuit, il délira presque constamment; on fut obligé de lui mettre la camisole. Vers le matin, son agitation se calma, et fit place à un état d'hébétude remarquable. En examinant la peau des mollets, je vis que l'eau, chauffée à 70 degrés au moins

(Réaumur), l'avait à peine rougie. Diète; boisson tartro-boratée; potion avec sulfate de quinine, huit décigrammes; larges sinapismes aux jambes; séton à la nuque.

Le 20, les médications employées commencèrent à agir avec efficacité; on parvint à faire avaler au malade la potion fébrifuge en lui pinçant le nez, et, cette fois, il n'en vomit pas la moindre parcelle. Une amélioration certaine se manifesta: B*** avait repris ses sens, et demandé aux infirmiers l'urinoir pour vaquer à ses besoins. La farine de moutarde, mise en contact avec la peau des mollets, déjà excitée par l'eau bouillante, produisit une vésication très-énergique, que je regardai, en quelque sorte, comme la cause déterminante du salut de ce malade. Pruneaux; potion fébrifuge, *ut suprà;* lavement laxatif; pansement des plaies avec le cérat de Goulard.

Le 21, le malade a passé une bonne nuit: il a dormi parfaitement et d'un sommeil tranquille; pendant six heures, je n'observai point de fièvre; quoiqu'il eût faim, je le tins au régime déjà indiqué, et je lui prescrivis deux pilules fébrifuges, le matin, avec la même quantité de calomel pour le soir.

Les 22, 23 et 24 se passèrent dans une apyrexie complète; B*** commença dès lors à manger

le quart de portion, y compris un aliment léger.

Le 25, B*** descendit, le soir, pour jouir de la promenade, sous les arbres de la cour de l'hôpital. En se couchant, il ressentit un frisson de courte durée, et qui fut suivi d'un accès bien caractérisé. Diète; potion fébrifuge, *ut suprà;* quart de lavement quininé.

Le 26, il n'y a pas eu de fièvre.

Le 27, même état.

Le 28, apyrexie; état général satisfaisant. Pilules fébrifuges; aliments légers.

Le 29, ayant ordonné de panser les plaies des jambes avec du cérat de Goulard, les douleurs du malade furent singulièrement allégées; à tel point qu'il pouvait sortir du lit sans éprouver beaucoup de gêne.

Le 30, ce militaire fut remis aux aliments légers, au vin en petite quantité, et il continua l'usage des pilules de sulfate de quinine. Dans les premiers jours de juillet, B*** entra en convalescence; mais, pour l'assurer, je demandai et obtins pour lui un congé qui lui permit de se rendre dans sa famille. A son expiration, B*** rentra au régiment, où il continue à servir.

CINQUIÈME OBSERVATION.

R*** André, âgé de 22 ans, chasseur au 21e régiment d'infanterie légère, faiblement consti-

tué, avait cependant joui d'une bonne santé jusqu'au commencement du mois de juin, époque à laquelle il ressentit du dégoût pour les aliments, et un état de prostration dans les membres, qu'il ne savait à quoi attribuer. Le 17 juin, ce jeune militaire, espérant que ce malaise se dissiperait, voulut se rendre à l'exercice ; mais, à peine arrivé au champ de manœuvres, il ressentit un frisson très-vif, accompagné de nausées, qui le força de rentrer à la caserne. Il but, en arrivant, de l'eau de puits en abondance, qui le fit vomir plusieurs fois; le lendemain, R*** étant beaucoup plus mal, on le transporta à l'hôpital, sur le brancard destiné à cet usage.

Le 18, à ma visite, voici ce que je notai : céphalalgie sus-orbitaire, très-forte; face colorée; yeux injectés; incohérence dans les idées : le malade articulait certains mots avec difficulté ; il se plaignait d'avoir des envies de vomir; la langue était blanche dans son milieu, humide, mais un peu rouge vers la pointe; on apercevait un léger ballonnement du ventre, accompagné de dysurie. Diète; limonade tartrique; potion avec six décigrammes de sulfate de quinine; lavement fébrifuge; sinapismes aux mollets ; saignée du bras de deux cent cinquante grammes.

Le 19, le visage était moins animé; les yeux étaient moins brillants; les pupilles se resser-

raient et se dilataient, comme dans l'état naturel; les envies de vomir ne tourmentaient point le malade ; les jambes étaient couvertes de phlyctènes, produites par la moutarde : néanmoins on observait encore quelque trouble dans les facultés intellectuelles. Diète; limonade; potion avec le sulfate de quinine, six décigrammes; lavement laxatif; saignée de cent quatre vingt-dix grammes.

Le 20, R*** éprouve de l'amélioration; la tête est moins chaude, moins lourde; le pouls a repris un rhythme plus égal; il est plus souple, et ne donne que soixante-huit pulsations par minute; les urines, claires, viennent avec abondance et facilité. Le malade a assez bien reposé pendant la nuit, malgré un mouvement fébrile assez marqué dans la soirée d'hier. Diète; infusion de graine de lin miellée; potion avec le sulfate de quinine, six décigrammes.

Le 21, apyrexie; point de céphalalgie; appétence pour les aliments. Le malade a joui d'un sommeil calme durant la nuit. Tisane d'orge; quatre pilules fébrifuges; deux vermicelles.

Le 22, R*** déclare avoir passé une bonne nuit : cependant j'aperçois de la chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls et une rougeur marquée sur la pointe de la langue. Pressé de questions, ce militaire finit par m'avouer

qu'il s'est procuré des aliments autres que ceux prescrits, et qu'en effet il s'est ressenti, vers le soir, d'un accès de fièvre. Diète; eau gommeuse; potion émulsive; un quart de lavement avec un gramme de sulfate de quinine.

Le 23, l'état de R*** est plus satisfaisant que la veille : il n'a plus de céphalalgie; la langue a perdu de son aridité et de sa rougeur; les excrétions se font facilement; le mouvement pyrétique nocturne a disparu. Pilules de sulfate de quinine, à la dose de quatre par jour. On lui accorde deux légers potages au vermicelle.

Les 24, 25, 26, 27, 28 et 29, l'amélioration de R*** va en augmentant; cependant il est encore maintenu au quart de portion; au commencement de juillet, il mangea la demie et les trois quarts; à la fin de ce mois, il sortit de l'hôpital en parfaite guérison.

SIXIÈME OBSERVATION.

T***, Joseph-Cyprien, âgé de 27 ans, caporal au 21e régiment léger, d'un tempérament bilieux, bien constitué, avait été atteint, l'an dernier, d'une fluxion de poitrine, qui s'était terminée d'une manière favorable. Dans les premiers jours de juillet, il monta la garde à Barcelone, dans le corps de garde du magasin des

vivres de la marine, où il fut saisi, pendant la nuit, d'un frisson assez vif. Le lendemain, 3 juillet, il éprouva des horripilations, du malaise, dont il ne tint pas compte; ce ne fut que dans l'après-midi du même jour, qu'un mal de tête violent, s'étant joint aux accidents déjà mentionnés, lui fit demander d'être transporté à l'hôpital, où il arriva à dix heures du soir, dans un état alarmant. L'officier de santé de garde, qui déjà avait observé plusieurs affections semblables, et auquel, d'ailleurs, j'avais donné toutes les instructions nécessaires, s'empressa de pratiquer une saignée du bras de trois cent soixante-quinze grammes à ce militaire, et lui fit prendre sur-le-champ une potion composée avec six décigrammes de sulfate de quinine et trois décigrammes d'éther sulfurique; il prescrivit en même temps un pédiluve sinapisé.

Le 4, à ma visite du matin, j'examinai T*** avec attention; il me parut être au déclin d'un accès de fièvre pernicieuse. La face était d'une teinte jaune; les yeux, caves, semblaient cernés par un cercle de couleur foncée tirant au brun; la langue était blanche et recouverte d'un enduit assez épais; il n'y avait ni douleur, ni tension dans aucun point de l'abdomen; le pouls était petit et très-fréquent; la céphalalgie persistait, mais à un moindre degré.

Diète ; eau gommeuse, potion avec le sulfate de quinine, cinq décigrammes; lavements fébrifuges; sinapismes aux pieds.

Le 5, je trouvai la peau plus fraîche; le pouls était tombé à soixante-douze pulsations; le mal de tête commençait à diminuer; la langue était moins chargée ; la teinte jaune de la face avait pris une nuance plus claire. Le malade eut trois selles extrêmement abondantes et fétides, où se trouvèrent plusieurs paquets d'ascarides lombricoïdes.

Pruneaux ; eau gommeuse ; potion avec six décigrammes de sulfate de quinine; quatre pilules de calomélas.

Le 6, nuit bonne; sommeil paisible; la figure est épanouie; la langue rosée, humide, ayant perdu son enduit saburral; pouls à soixante-deux pulsations.

Le 7, on continue l'usage du sulfate de quinine en pilules, à la dose de quatre par jour. Sous leur influence, l'appétit et les forces revinrent; le malade reprit sa gaieté habituelle; je le mis au quart de portion.

Le 8, même état; même régime, et continuation du sulfate de quinine à petites doses.

Le 9, le malade a éprouvé pendant la nuit un mouvement fébrile léger, parce qu'il avait négligé de prendre les pilules fébrifuges.

Le 10, apyrexie.

Le 11, il y a une amélioration croissante : continuation du régime et du sulfate de quinine.

Les 12, 13, 14, 15 et 16 se passent à merveille.

Le 18, ce militaire est convalescent.

Le 19, il mangea les trois quarts de portion, et, le 26 juillet, il sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

D'après les observations qu'on vient de lire et dont je pourrais facilement augmenter le nombre, on voit que j'ai eu à traiter des fièvres pernicieuses simulant la méningite. J'ai heureusement bientôt reconnu la marche insidieuse de ces affections, et je me suis aperçu à temps du danger des déplétions sanguines abondantes. Aussi suis-je devenu très-réservé sur l'emploi des applications de sangsues.

J'ai administré, dans tous les cas, du sulfate de quinine par l'estomac, le rectum et par la peau privée de son épiderme. Dans plusieurs cas, ce remède héroïque a été bien secondé par l'emploi des révulsifs et des dérivatifs de toute espèce. Sur cent soixante-seize malades qui sont venus à ma clinique, depuis le 1er juin jusqu'à la première quinzaine d'août, je n'ai compté que quatre morts. Ceux qui ont succombé sont entrés à l'hôpital ne donnant aucun signe de vie; deux sont morts au moment même de leur entrée.

A Bordeaux, comme en d'autres pays où règnent les fièvres pernicieuses, j'ai pu me convaincre encore que ces pyrexies dangereuses ne sont autre chose que des congestions viscérales morbides, qu'il faut bien se garder d'attaquer de la même manière que les inflammations franches. Ici, je le répète, il existe une cause spéciale qui échappe à toutes les analyses de la chimie, mais qui est admirablement détruite par le sulfate de quinine.

OBSERVATIONS MÉDICALES

FAITES

A LA SUITE DE L'ARMÉE QUI, EN OCTOBRE 1839, A TRAVERSÉ LES PORTES-DE-FER, DE LA PROVINCE DE CONSTANTINE DANS CELLE D'ALGER (1);

par M. LE Dr GUYON,
chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

A Philippeville, l'ancienne *Rusicada*, où nous étions le 8 et le 9 octobre, une ophthalmie intense sévissait depuis quelque temps sur les troupes et sur la population européenne : cette affection compliquait presque toutes les maladies qui se remarquaient alors dans les hôpitaux de l'armée. Celles-ci, pour la plupart, étaient des fièvres intermittentes, propres au pays, mais qui, cette année, étaient à la fois plus graves et plus générales qu'elles n'avaient été durant les années précédentes. Cette différence dans les maladies du pays, observée en même temps sur d'autres

(1) Cette armée était sous les ordres de M. le maréchal Valée, gouverneur général de l'Algérie; S. A. R. le duc d'Orléans y commandait l'une des deux divisions dont elle se composait.

points de nos possessions placées dans les mêmes conditions ou à peu près, s'explique autant par les pluies abondantes de l'hiver dernier que par les chaleurs excessives qui leur ont succédé. Les pluies, en inondant une plus grande étendue de terrain, ont fourni plus d'aliments aux miasmes; les chaleurs, en desséchant des plages plus vastes, ont mis plus de ces miasmes en action. L'insalubrité de Philippeville ne tient pas à son sol lui-même, mais au voisinage d'une plaine dont elle reçoit les émanations, sous le règne des vents du sud : or ces vents ont régné, cette année, avec une persistance inaccoutumée.

Malgré la position peu salubre de Philippeville, un de ses anciens habitants y poussa pourtant sa carrière jusqu'à l'âge de cent cinq ans, ainsi que nous l'apprend une pierre tumulaire trouvée sur le rivage; ce centenaire était né dans la Cyrénaïque, et s'appelait Philippe, comme le roi, dont le nom a été donné à la ville moderne.

Le 12, dans une halte au camp des Toumietz, nous retrouvâmes l'ophthalmie, tant parmi les troupes que dans une tribu voisine, qui porte le même nom, emprunté de deux montagnes dont elle habite le pourtour : *Toumietz* veut dire Jumelles, ces deux montagnes étant en tout fort semblables. Cette tribu est kabyle; elle a toujours vécu en bonne harmonie avec les troupes du

camp, qu'elle fréquente journellement. Parmi les individus qui la composent, bon nombre est marqué, au front, d'une croix pratiquée à l'aide de la poudre à canon ou de l'oxyde d'antimoine. Ce signe, déjà observé chez différentes peuplades du nord de l'Afrique par plusieurs voyageurs, leur a paru un reste de christianisme; il ne nous a semblé se rattacher, chez les Toumietz, à aucun souvenir : chez eux comme chez les autres peuplades dont nous venons de parler, ce signe n'est qu'une pratique d'usage et de pure fantaisie; c'est le tatouage, opération si chère aux nations sauvages et aux hommes du peuple parmi les nations civilisées.

Nous passâmes, à Constantine, les journées des 12, 13, 14 et 15 : c'était la troisième fois que je revoyais cette ville, dont l'aspect avait été peu modifié par notre occupation. Les habitants, Arabes et israélites, sont généralement d'une taille au-dessus de la moyenne et d'une belle constitution. La plupart des nègres qu'on y rencontre viennent du Soudan; ce sont de fort beaux hommes, à la peau très-noire, au crâne largement développé et à physionomie très-agréable. Sous tous les rapports, une immense distance sépare le nègre du Soudan de son voisin le nègre du Bournou, dont le front est si fuyant en arrière et dont les dents sont si obliques. J'ai envoyé à

M. le professeur Flourens l'esquisse du crâne d'un de ces derniers.

L'haschis ou hachis est plus usité à Constantine que dans les autres parties de l'Algérie : c'est une préparation faite avec les sommités du chanvre femelle ; on s'en sert sous forme de bol et on le mélange avec diverses préparations de dessert. Sa propriété est de plonger, pendant vingt-quatre heures, dans une sorte d'extase qui paraît avoir quelque charme. Marmol, qui n'en connaissait pas la composition, en parle en ces termes, à l'occasion des habitants de Tunis : « Ils usent, dit ce voyageur, d'une certaine préparation d'herbes qui est très-chère ; elle réjouit toute la personne et provoque au plaisir des femmes (1), de sorte qu'après en avoir mangé une seule once on est gai le reste de la journée, et l'on ne redoute aucun péril (2). »

Quelques cas de goître ont été, dans ces derniers temps, observés à Constantine, chez des individus venant des montagnes voisines ; ce fait, nous le devons à une des sœurs de charité qui habitent Constantine : née dans un pays de montagnes, où le goître est commun, elle n'a pu se

(1) Marmol, je crois, se trompait à cet égard.

(2) L'*Afrique de Marmol*, traduction de d'Ablancourt, t. I, p. 46. Paris, 1667.

méprendre sur la nature du mal. On peut supposer que le crétinisme, si souvent compagnon du goître, se rencontre aussi dans les localités qui ont fourni les cas de goître dont nous parlons ; la possibilité de son existence dans le nord de l'Afrique est, du reste, suffisamment établie par un Kabyle qui en était atteint, et qui, l'an dernier, s'est présenté à Bougie, à la suite de quelques lépreux qui venaient y réclamer les soins de la médecine française. Ce malheureux était né dans les montagnes voisines, comme les lépreux qu'il accompagnait ; il y est retourné peu de jours après. Depuis notre passage à Constantine, un cas d'ichthyose blanche s'y est présenté, chez une femme arabe d'environ cinquante ans.

L'ophthalmie, que nous avions rencontrée sur tous les points de notre route de Philippeville à Constantine, se présenta à notre observation dans cette dernière ville; mais elle tirait à sa fin, après avoir sévi avec intensité sur les différentes classes de la population : les cas qui en existaient encore dans les hôpitaux militaires étaient presque tous des cas chroniques (1). Tout le monde

(1) La cécité, par suite de l'ophthalmie, est moins fréquente chez les Européens que parmi les indigènes ; ainsi, par exemple, sur vingt-huit hommes qui, en 1839, ont été atteints d'ophthalmie à un haut degré, à l'hôpital de Constantine, un seul a perdu la vue.

le reconnaît aujourd'hui, la principale cause, la cause la plus active de l'ophthalmie, dans le nord de l'Afrique, réside dans le passage plus ou moins rapide d'une température élevée à une température basse. Cette transition de la température étant fréquente dans l'Afrique du nord, il en résulte que l'ophthalmie déjà signalée par saint Cyprien, évêque de Carthage, dans son livre *De la mortalité*, est une des maladies attachées, pour ainsi dire, aux contrées dont nous parlons; en d'autres termes, une des maladies endémiques de l'Algérie.

Un fait qui attira particulièrement notre attention pendant notre nouveau séjour dans l'antique Cirta, ce sont les maladies graves qui, durant la saison des chaleurs, avaient frappé des militaires employés à faire des jardins sur les bords du Bou-Merzoug (1); plusieurs, dans le cours de leurs travaux, étaient tombés sans connaissance, saisis comme d'asphyxie; renouvelés jusqu'à trois fois, par suite de maladie, tous, sans exception, avaient partagé le même sort (2). A quoi attri-

(1) Le Bou-Merzoug, cours d'eau considérable dans la saison des pluies, se joint au Rummel, un peu avant le passage de celui-ci sous les murs de la ville. Cette jonction a lieu très-près de l'aqueduc romain qui passait au-dessus du Rummel.

(2) Bien que les défrichements eussent commencé dès

buer de pareils accidents? aux fortes chaleurs de l'époque. D'abord, on nous avait rapporté que deux cents hommes qui, alors, travaillaient de l'autre côté de la ville, à la route de Milah, prés Salah-Dey, n'avaient pas eu un seul malade; mais nous reconnûmes ensuite que ces hommes avaient seulement donné moins de malades, et que les affections dont ils étaient atteints avaient été moins graves que chez ceux du Bou-Merzoug. Remarquons d'ailleurs que, sous le rapport de la température, les conditions n'étaient pas les mêmes pour les hommes du Bou-Merzoug que pour ceux de la route de Milah. En effet, le Bou-Merzoug, au point où sont les jardins, se trouve dans un bas-fond, plus ou moins dominé par les environs, tandis que la route de Milah, prés Salah-Dey, parcourt des coteaux plus ou moins découverts, de sorte que les hommes du Bou-Merzoug devaient être soumis à une température plus élevée que ceux employés à la route de Milah. Toutefois les personnes qui n'ont pu voir, dans la haute température à laquelle les premiers

---

la fin de mars, les maladies n'apparurent que dans le mois de juin. Le 17[e] léger et le 23[e] régiment d'infanterie de ligne, qui fournirent successivement des travailleurs, perdirent, le premier douze ou treize hommes, et le second trois ou quatre.

étaient exposés, une raison suffisante des maladies dont ils ont été atteints, s'en sont prises à la nature du sol. Or, quelle est la nature du sol des bords du Bou-Merzoug au point dont nous parlons? Ce sol est-il marécageux? non; bien que, dans la saison des pluies, il soit souvent submergé; car il n'offre rien de ce qui constitue, à la vue comme à l'odorat, les terrains ou plages marécageuses; mais il était inculte depuis longues années, si tant est même qu'il ne l'avait pas toujours été, lorsque, vers la fin de mars dernier, on s'avisa de le mettre en culture. Or, en tout pays, notamment dans les pays chauds, le premier remuement d'une terre depuis longtemps en friche a toujours été considéré comme insalubre. D'un autre côté, une foule d'autres localités, en Afrique, passant pour plus ou moins insalubres, ne paraissent pas être dans de plus mauvaises conditions que celles dont nous parlons. Je dis ne paraissent pas, et ceci exige une explication.

En Afrique, les localités les plus malsaines sont loin de paraître telles au premier aspect. Là, en effet, la surface du sol ne contient rien d'organique, rien qui, par conséquent, soit susceptible de passer à la décomposition et de fournir des miasmes; mais, là aussi, la terre qui la constitue éprouve, pendant la saison des chaleurs, un re-

trait plus considérable qu'en Europe, d'où résultent aussi des crevasses plus larges et d'une plus grande profondeur : par elles s'exhalent, avec l'humidité du fond, les miasmes dont il peut être imprégné. Ces crevasses, par leur étendue, frappent le voyageur, qui, pendant les chaleurs, parcourt nos possessions d'Afrique; elles n'ont pas échappé à Marmol, qui en parle en ces termes, dans la description du pays des Gélophes, entre le Sénégal et la Gambie : « La terre, dit Marmol, y est grasse et fertile, particulièrement celle que les fleuves arrosent par leur débordement; mais le soleil, dans l'été, y fait de si grandes crevasses, qu'un cheval y entrerait tout entier (1). » Toutefois, gardons-nous d'attribuer, aux exhalaisons qui se font ou peuvent se faire par ces ouvertures, une trop grande influence sur l'organisation, sur la production des maladies observées parmi nos troupes sur différents points de l'Afrique, pendant la saison des chaleurs; ne perdons pas de vue que, de tout temps, en Afrique, aux lieux où nous sommes, des maladies graves ont régné, chaque année, à la même époque. Un passage des écrits de saint Cyprien prouve que, vers le milieu du IIIe siècle, dans le temps qu'il était évêque de Carthage, des affec-

(1) Ouvrage cité, *des Gélophes*, chap. 18.

tions dangereuses, à retour périodique, régnaient dans ces contrées au début des chaleurs.

Il convient de faire une remarque importante, c'est que la température à laquelle sont exposées nos troupes des camps, en Afrique, n'est pas la température prise à l'ombre, mais bien celle prise au soleil, à l'air libre ; elle est même encore plus élevée que celle-ci lorsque les hommes, sortant de leurs travaux ou de leurs exercices, passent sous la tente, ou dans de misérables abris de feuillages, lieux dont la température, par le manque d'air, s'élève toujours de plusieurs degrés au-dessus de la température extérieure (1).

La plupart des ânes qu'on rencontre dans la province de Constantine ont les narines profondément fendues. Cette opération, pratiquée dès le jeune âge de l'animal, a pour but de le faire respirer plus largement dans la saison des chaleurs ; elle rend en même temps ses cris moins

(1) Cette année, dans la Métidja, un thermomètre centigrade, qui donnait de 44 à 45° à l'air libre, monta à 47° sous une tente. Remarquons que les tentes dont nous usons en Afrique sont d'une toile mince et claire, qui n'intercepte pas les rayons du soleil ; elle est également perméable à la pluie. Les Arabes sont mieux avisés que nous, sous ce rapport : leurs tentes sont d'un tissu épais et serré fait de poils de chameau, qui les met parfaitement à couvert du soleil et de la pluie.

sonores et moins désagréables. Mais un inconvénient assez grave résulte de cette opération; la poussière, que l'animal respire avec l'air, pénètre plus profondément dans les narines, et doit arriver plus souvent dans la gorge et dans les bronches.

La route de Constantine à Milah, que nous prîmes le 16, passe près de Salah-Bey, très-belle maison de campagne, à environ deux lieues ouest de Constantine. Là, près d'un fort beau dattier, qui se bifurque à quelques pieds au-dessus du sol, sont des eaux thermales abondantes qui étaient utilisées par les Romains, comme elles le sont encore aujourd'hui par les Arabes. Elles sont reçues dans un grand bassin carré et couvert, construit en belles briques d'un rouge foncé, de même que cinq petites loges également couvertes, où sont autant de baignoires, en forme d'auge, en pierre très-dure, et toutes d'une seule pièce.

Les eaux s'y rendent à volonté par des ouvertures qui communiquent avec le bassin. Leur température, au moment de notre passage, à dix heures du matin, par une belle journée, était de 27 degrés centigrades; elles sont sans odeur, sans saveur, et leur analyse, qui reste à faire, ne promet rien qui puisse les rendre d'un usage médical. Sous ce rapport, les eaux thermales de Salah-Bey me paraissent devoir être rapprochées de

celles qui sourdent de divers autres points des environs de Constantine, telles que celles de Sidi-Memnom et de l'entrée du Rummel, sous les murs de la ville, deux sources dont nous avons donné l'analyse, l'an dernier, dans le *Moniteur algérien*. A deux pas du bassin, à l'est, du côté de Constantine, sont, à fleur de terre, des restes d'une mosaïque construite en petites pierres blanches, noires et rouges, et qui recouvrait une surface assez étendue. A leur sortie du bassin et de ses dépendances, les eaux se réunissent et forment un ruisseau qui se rend dans le Rummel, l'ancien *Ampsaga*, dont les eaux torrentueuses passent au-dessous des jardins de Salah-Bey. Ces jardins sont d'une grande fertilité : malgré leur élévation de plus de six cents mètres au-dessus du niveau de la mer, l'oranger y croît à merveille, et son fruit y parvient à une maturité parfaite; nous en dirons autant du dattier, dont plusieurs individus se voient dans les jardins de Salah-Bey.

Milah, où nous étions le 17, est l'ancienne *Milev* ou *Milevum*, détruite, selon Békri, par le kalife Mansour, l'an 378 de l'hégire. Il reste encore, de la ville ancienne, son enceinte tout entière, mais mutilée sur quelques points, avec une de ses portes, celle du nord, près de la fontaine du Père-des-Lions. Cette fontaine a été signalée

par plusieurs voyageurs; les eaux y sont amenées des montagnes voisines par un canal souterrain, qui les verse dans un bassin de construction romaine. Ces eaux présentent, pour les habitants, un phénomène merveilleux : elles sont, disent-ils, chaudes l'hiver et froides l'été, ce qui veut dire qu'elles appartiennent aux sources dont la température est constante (1), phénomène dont la cause est suffisamment connue.

Milah était le siége d'un des évêchés les plus importants de la Numidie. Au concile tenu à Carthage, en 256, était un de ses évêques, Polyen, qui, l'année suivante, 257, fut condamné aux mines, avec huit autres évêques africains, par le proconsul Paterne. Ces mines étaient celles de Sigus, qui n'étaient pas des carrières de marbre, comme on le croit généralement, mais bien des mines d'or et d'argent. C'est du moins ce que me font penser quelques-unes des recherches historiques que j'ai faites (2).

---

(1) Leur température était de 17° centigrades, le 17 octobre, à une heure après midi : à deux heures, le même thermomètre donnait 26° au sommet du minaret, où l'on arrive par un escalier de 100 marches; c'est de là qu'on peut prendre une idée parfaite de la ville.

(2) Ce point intéressant ne peut manquer d'être éclairci par ceux des membres de la commission d'Afrique qui, sous peu, doivent aller explorer la province de Constan-

Les jardins de Milah méritent encore la réputation que leur ont faite Édrisi et Léon l'Africain. Nous y avons vu des légumes remarquables par leur volume, tels que radis, oignons, citrouilles, etc. ; des grenades aussi délicates que belles, des raisins d'une grosseur démesurée, formant des grappes du poids de plusieurs kilogr. , etc. Parmi les arbres ou arbustes que nous y avons aperçus, nous signalerons le pistachier atlantique, *pistacia atlantica*, DESF., alors en fruit.

Les environs de la ville étant dépourvus de végétation, de quelque côté qu'on y arrive, elle vous donne une idée parfaite des oasis du désert; c'en est une véritable, fort agréable pour les Arabes qui voyagent dans cette partie de l'Afrique.

Milah nous a paru en d'assez bonnes conditions de salubrité; une inscription qui se voit dans son mur d'enceinte, côté nord, sur une

---

tine. Une reconnaissance a déjà été poussée jusqu'à *Sigus* par le général Galbois. On y a aperçu, à une demi-lieue au sud-ouest, une carrière dont l'entrée peut avoir trois mètres et demi de diamètre. Cette entrée, qui est perpendiculaire, est pratiquée dans un calcaire rougeâtre, dont j'ai envoyé, dans le temps, des échantillons au muséum. C'est dans ce même calcaire qu'ont été taillées une dizaine de colonnes qui gisent renversées parmi les ruines d'un temple de *Sigus*.

pierre renversée, provenant d'un tombeau, semblerait venir à l'appui de cette opinion. Le défunt, du nom de Licinius, avait quatre-vingts ans. Mais un fait plus probant encore en faveur de la salubrité de Milah, c'est la bonne santé dont jouissait la petite garnison, alors que les camps de la province étaient plus ou moins maltraités par les maladies. Cependant les fièvres intermittentes ne sont pas inconnues à Milah; nous en avons observé deux cas qui s'étaient développés dans son enceinte. Des deux malades, l'un était un jeune homme de 17 à 18 ans, atteint d'une fièvre tierce, et l'autre un vieillard, qui, après de fréquents accès de fièvre intermittente, avait les membres inférieurs infiltrés, avec épanchement de sérosité dans l'abdomen. Les eaux boueuses qui, de toutes parts, croupissent dans la ville, jointes à l'humidité entretenue par les jardins, expliquent suffisamment les cas, en petit nombre, de fièvres intermittentes qui peuvent se rencontrer à Milah.

J'aperçus, dans la population[1], un albinos de quinze à seize ans, comme il allait puiser de l'eau à la fontaine; il cherchait, chemin faisant, à se garantir, avec la main, de l'impression trop vive de la lumière, bien que, ce jour-là, le temps fût assez sombre. Ainsi en usent par instinct tous les albinos lorsqu'ils se hasardent au dehors, ce qu'ils ne font guère, l'été, qu'avant et après le

coucher du soleil. Celui dont nous parlons était un Arabe, d'ailleurs parfaitement conformé, comme l'étaient tous ceux que nous avons vus, jusqu'à présent, dans le nord de l'Afrique occidentale.

Nous vîmes aussi, à Milah, une malheureuse jeune fille arabe de seize à dix-huit ans, connue des troupes de la province sous le nom de Folle de Milah. Cette femme va absolument nue, et n'a pour habitation que les abattoirs, où elle dispute aux chiens et aux rats les entrailles des bestiaux. Le sang des bêtes, qu'elle aspire tout fumant sur le sol où il vient d'être répandu, est pour elle chose délicieuse. Elle n'articule aucun son, et n'exprime ses besoins que par des cris. Véritable crétine sous le rapport des facultés intellectuelles, elle ne l'est nullement pour le reste; elle est parfaitement conformée en tous points. Son origine est inconnue. Elle était encore fort jeune, lorsqu'elle apparut tout à coup parmi la population, de laquelle elle ne s'est pas écartée depuis. Pour ses compatriotes d'adoption, c'est une sainte, une maraboute, comme ils le disent, et tous considèrent comme œuvre pie d'aller au-devant de ses désirs et de ses caprices. C'est ainsi que nous avons vu un Arabe s'empresser de lui passer son bernous sur le dos, pour y absorber un peu d'eau qu'un militaire venant de la fontaine lui avait

jetée en passant; elle avait aussitôt poussé un cri en s'approchant de l'Arabe, à qui elle montrait la partie sur laquelle l'eau était tombée. Son corps, constamment sali et par les ordures des lieux où elle se vautre, et par les matières dont elle fait sa nourriture, attire beaucoup de mouches. Ces insectes, qu'elle attrape avec une dextérité étonnante, sont pour elle une bonne fortune : en les écrasant à demi, elle en forme des bols qu'elle avale sans mâcher ; c'est son occupation ordinaire dans ses moments de repos. La malheureuse, lorsque nous la vîmes , souffrait d'une ophthalmie passée à l'état chronique, maladie que nous avions déjà si souvent rencontrée, et qui n'avait pas, non plus, épargné les habitants de Milah.

Ma-Allah, où nous étions le 19, est une oasis formée par de grands végétaux, notamment par de superbes peupliers blancs, au milieu desquels sourdent trois sources d'où la localité a tiré son nom; Ma-Allah voulant dire eau divine, eau de Dieu. Ces sources ne tarissent jamais, même pendant les plus fortes chaleurs , circonstance qui , non moins que leur bonne qualité, peut leur avoir fait donner la dénomination sous laquelle elles sont connues. Elles s'écoulent immédiatement dans un ruisseau qui serpente de l'ouest à l'est, et qui, un peu plus loin, du côté de Milah, reçoit le trop-

plein de plusieurs sources thermales dont nous allons bientôt parler. Un peu au-dessus de l'oasis, au nord, est un camp dont l'existence ne remonte qu'aux premiers jours de mai dernier : l'armée, pour la seconde fois, se rendait alors de Constantine à Sétif. Depuis, des maladies graves y ont éclaté, et lui ont acquis la plus triste célébrité. Ce lieu passe pour le plus insalubre de la province. Ma-Allah ne jouit pas, parmi les indigènes, d'une réputation meilleure. Ces indigènes sont les Béni-Kécha, qui habitent aujourd'hui à quelque distance de la position dont nous parlons.

Nos renseignements sur la nature des maladies de Ma-Allah se bornent à peu de chose ; nous savons seulement qu'elles consistaient en une forte fièvre, accompagnée de vomissements, de céphalalgie intense; qu'à ces symptômes succédait de la prostration, avec diarrhée ; que quelques malades ont présenté une teinte ictérique, et qu'aucun décès n'eut lieu avant le huitième jour. Un fait inexplicable, si l'on était tenté de rapprocher des fièvres marécageuses les maladies de Ma-Allah, c'est que les hommes les plus forts et les plus vigoureux en étaient les premiers attaqués (1). Cette circonstance, jointe à la cou-

---

(1) Seize hommes que le 23e de ligne y perdit pour sa

leur ictérique dont nous venons de parler, avait fait penser à un officier du bataillon turc, alors à Ma-Allah, que les maladies de cette localité pourraient bien avoir quelque analogie avec la fièvre jaune, qu'il avait vue aux Antilles et au Mexique, idée que, pour bien des raisons que je ne puis donner ici, il faut se hâter d'écarter.

En résumé, nous pensons que les maladies de Ma-Allah, comme celles du Bou-Merzoug, comme celles dont nos troupes ont le plus à souffrir en Afrique, pendant la saison des chaleurs, étaient fort semblables, si toutefois elles étaient autres que la maladie décrite sous le nom de fièvre rémittente bilieuse des climats chauds, par les auteurs antérieurs à notre époque, tels que Ling, Pringle, etc.

Dans le nombre des causes qui peuvent être assignées à l'insalubrité de Ma-Allah, nous signalerons, 1° sa position sur le revers méridional d'une montagne, le Bou-Cherf, qui la prive de

---

part étaient, au rapport du colonel, les hercules du régiment. Il est encore à remarquer que les hommes envoyés, l'année dernière, de Constantine dans les camps, étaient tous des hommes choisis et reconnus par les officiers de santé des corps, d'après une visite faite à cet effet, comme les plus propres à supporter les fatigues et les privations inséparables du service des camps en Afrique.

l'influence si salutaire, en Afrique, des vents du nord; 2° le voisinage du ruisseau dont nous avons parlé, et qui, dans les beaux jours, est recouvert, soir et matin, d'une traînée de brouillard qui s'avance parfois jusqu'au delà du camp; nous en avons été témoin nous-même dans la matinée du 20; mais elle s'écartait peu alors de la ligne tracée par le cours d'eau. Cette dernière cause d'insalubrité, nous la considérons ici moins sous le rapport des miasmes qui peuvent s'y joindre que sous celui du refroidissement qu'elle détermine dans l'air par l'humidité qu'elle lui communique. Ce refroidissement, qui s'opère la nuit, doit être d'autant plus vivement ressenti par l'organisation, qu'elle a été soumise, pendant le jour, à une température plus élevée.

Les eaux thermales, mentionnées plus haut, sourdent au pied et au sud du Bou-Cherf, à vingt minutes environ du camp, au nord-est. La principale source est reçue dans un bassin de construction romaine, qui sert encore aujourd'hui aux usages des Arabes. Ce bassin est de forme rectangulaire, de même que deux autres qui sont à côté, tous deux hors de service : l'un est plein d'eau à la température ordinaire, et l'autre est gorgé de boue. Tout autour, dans un rayon de quarante mètres environ, sont d'autres sources moins considérables que la première,

mais dont l'eau est la même pour la composition; elle n'en diffère que par la température, qui est moins élevée.

Depuis les sources jusqu'à quelque distance au delà se voient, çà et là, de grosses pierres de taille, avec des débris de poterie antique, qui portent à croire qu'aux eaux de Bou-Cherf était autrefois un établissement de quelque importance. Ne serait-ce pas ici la station romaine désignée sous le nom de *Fons camerata*, fontaine voûtée, dans la table de Peutinger? La distance de 23 milles qui, d'après la même table, existait entre l'ancienne Milev et *Fons camerata*, tendrait assez à le faire croire, puisque cette distance est à peu près celle que nous trouvons entre Milah et Ma-Allah (1).

La température des eaux à la source principale était de 34 degrés, échelle centigrade, un matin que celle de l'air était de 7°, même échelle; là aussi, elles laissent dégager des gaz qui répandent une forte odeur d'hydrogène sulfuré.

Des sources part un ruisseau qui, dans la saison des pluies, arrive jusqu'à celui dont nous avons parlé à l'occasion de l'oasis : dans l'été, il

---

(1) D'après la carte du dépôt de la guerre, Ma-Allah serait *Nova Fusciani*, ce qui rejetterait un peu plus loin au sud-est, *Fons camerata*.

se perd dans les terres. Vues dans ce ruisseau, les eaux offrent une teinte bleuâtre; elles y déposent une boue de même couleur, avec un corps d'un blanc sale. L'analyse des eaux de Bou-Cherf offrirait de l'intérêt, et nous regrettons que notre passage rapide sur ce point ne nous ait pas permis de nous en occuper.

Tout le sol, à de grandes distances du point où sont les eaux, est constitué par un travertin qui leur doit sa formation; il est tellement ferrugineux en plusieurs endroits, que le fer semble y prédominer sur la chaux; on y voit même des filons de fer oligiste. Ce travertin présente la même disposition que celui de Hammam-Mez-Koutin (1), avec cette différence qu'ici les cônes sont disposés sur des lignes qui divergent du centre à la circonférence, en se rattachant les uns aux autres. Le plateau sur lequel est établi notre camp doit lui-même sa formation aux eaux du Bou-Cherf. Ce dépôt, plus récent que le précédent, contient beaucoup de corps organisés végétaux.

Djimilah, où nous arrivâmes le 20 assez tard, sont des ruines situées au fond d'un entonnoir formé de tous côtés par de hautes montagnes, position qui dépose assez peu de la sagesse habi-

---

(1) Eaux thermales, sur la route de Bone à Constantine.

tuelle des anciens Romains dans le choix de l'emplacement de leurs villes et de leurs campements (1). Cependant la ville romaine *Culcul colonia* était parvenue à un certain degré de prospérité, ainsi qu'en témoigne un arc de triomphe encore debout, un théâtre, un temple et quelques autres restes non moins remarquables.

L'arc de triomphe est surmonté d'une inscription dont les lettres sont admirablement conservées; nous l'avons relevée, de même que toutes celles, en bon nombre, que nous avons rencontrées sur notre route, et nous les publierons probablement dans un recueil spécial.

Une mosaïque, qui garnissait l'intérieur du temple, est en grande partie conservée; on y lit trois ou quatre inscriptions tumulaires dont toutes les lettres sont faites en mosaïque. Ce sont les seules lettres de ce genre que j'aie encore vues en Afrique.

Dans le nombre des monnaies qui ont été trouvées à Djémilah, dans le peu de fouilles qui y ont été faites jusqu'à présent, sont deux pièces d'or portant, l'une l'effigie de Léon Ier, l'autre celle de Phocas, tous deux empereurs d'Orient.

---

(1) Deux compagnies du 23e de ligne, troisième bataillon, y ont perdu, dans un seul mois (le mois d'août), l'une trente-cinq hommes ; et l'autre trente-six.

Sous le nom de Kasbaïte sont des ruines qui occupent une surface assez étendue, sur une montagne escarpée de la route de Djémilah à Sétif, que nous parcourions dans la journée du 22. Cette route n'est qu'un étroit sentier ou défilé, qui ne permet le passage qu'à un seul homme à la fois, et qui doit être impraticable dans la saison des pluies. Au bas et à gauche du défilé coule, du sud-ouest au nord-est, l'Oued-el-Dsahab, la rivière d'or, l'un des affluents de l'Oued-el-Kébir, qui se jette dans la mer, entre Djidjel et l'ancienne Stora.

Les ruines se composent d'une grande quantité de belles pierres de taille prises dans la montagne qui les supporte, et dont les arêtes seront encore aussi vives dans une quinzaine de siècles qu'elles l'étaient, il y a le même laps de temps, en sortant des mains de ce peuple dont on retrouve des traces éternelles partout où il a porté ses pas. Parmi les restes de l'ancienne cité sont, çà et là, quelques pans de mur encore debout, des sculptures plus ou moins mutilées, et les débris d'un mausolée fort semblable à celui de Summah, près Constantine, sur la route de Bone. Les ruines s'avancent sur la droite du défilé, qu'elles longent dans un assez long trajet; sur la gauche, un peu plus loin, et sur le roc à nu, sont plusieurs tombeaux ou mausolées non moins remarquables par

leur conservation que par leur forme particulière. Cette forme de mausolée était aussi en usage dans l'ancienne Sétif, où nous vîmes, le lendemain, des monuments absolument semblables à ceux dont nous parlons, mais tous plus ou moins dégradés. Le voyageur interroge encore le passé sur le nom que portait l'antique cité, dont les ruines sont désignées, par les Arabes, sous le nom de Kasbaïte.

Sétif, où nous passâmes les journées des 22, 23 et 24, est l'ancienne *Setifis colonia*, dont il ne reste plus que des ruines. Celles-ci sont disséminées sur un plateau immense, dont l'élévation au-dessus de la mer est d'environ onze cents mètres. Cette position est, sans contredit, la plus salubre que nous ayons rencontrée sur tout notre trajet. Aussi la puissante tribu qui l'occupe se fait-elle remarquer par la belle et robuste constitution des membres qui la composent.

De toutes les ruines qui, jusqu'à ce jour, ont été rencontrées en Algérie, celles de Sétif sont les plus considérables, autant par leur masse que par l'étendue qu'elles recouvrent. L'enceinte de la ville se montre sur différents points par des pans de mur plus ou moins volumineux, debout ou renversés ; elle donne, par son développement, une haute idée de la ville ancienne. Au dedans de celle-ci était une forteresse dont il reste encore

tout le mur d'enceinte avec quelques dépendances. Le mur, que nous avons approprié à notre usage, est de forme carrée; à en juger par la pose des pierres, il a été souvent remué. Ses quatre côtés répondent à chacun des points cardinaux. Sur une pierre comprise dans le côté est, à l'extérieur, se lit le nom de Théodose, *THEODOSIUS*.

A vingt minutes de la ville, au nord-est, est un temple qui a été décrit par Peyssonnel; il est encore tel que l'a vu ce voyageur, il y a un siècle et plus. Un autre temple, en tout fort semblable à celui-ci, mais dont Peyssonnel ne dit rien, se voit à peu de distance, dans le nord, au delà d'un ruisseau qui passe sous les murs de la ville. Ce ruisseau est très-poissonneux; le barbeau s'y est tellement multiplié, qu'on l'y prend pour ainsi dire à la main. Aussi nos soldats ont-ils fait des pêches abondantes pendant notre séjour à Sétif.

Tout le territoire de Sétif convient parfaitement à la culture des céréales, que ne négligent pas les habitants, et c'était de là sans doute que Rome tirait autrefois ses principaux approvisionnements de grains. Tous les champs cultivés que nous avons parcourus sont remarquables par d'innombrables trous pratiqués par le gird et la gerboise, deux petits mammifères qui y vivent en société, et qui doivent faire bien des ravages

dans les moissons, ces animaux ne se nourrissant que de grains.

A en croire Édrisi, de son temps le coton était cultivé à Sétif, où toute trace de cette culture a disparu aujourd'hui. Le même voyageur parle aussi de la bonne qualité des noix de Sétif, noix qui venaient peut-être des montagnes voisines. Nous avons vu des noix de ces montagnes; elles étaient à la fois très-grosses et fort bonnes. Quoi qu'il en soit, aucun noyer ne se voit aujourd'hui à Sétif, où toute la végétation en arbres se borne à un seul peuplier blanc, situé au pied et au sud de la forteresse. Cet arbre ombrage une source assez abondante pour fournir à tous les besoins de la garnison; sa température, prise le 23 au matin, était de 15 degrés, thermomètre centigrade, celle de l'atmosphère étant alors de 11. L'eau se rend dans deux petits réservoirs, dont l'un reçoit le trop-plein de l'autre. Sur les bords du dernier est une pierre tumulaire qui sert de marche pour arriver jusqu'à l'eau; on y lit le nom de *Cicero*, jeune enfant, enlevé à sa famille à l'âge de douze ans. Des réservoirs part un filet d'eau, à la surface duquel croît en abondance un très-beau cresson, et quelques autres plantes aquatiques.

A quelques lieues de Sétif, au sud-ouest, est un lac salé d'une étendue considérable, et tou-

jours couvert d'une foule d'oiseaux aquatiques. La route de Sétif aux Portes-de-Fer passe beaucoup au nord de ce lac, que nous ne vîmes que de loin.

A Sétif, comme partout où sont des ruines en Afrique, et personne jusqu'à ce jour n'en a donné la raison, à Sétif, les Arabes campent toujours loin des ruines. Ceux qui habitent cette partie de la province sont les Ammers, hommes superbes, qui rappellent les plus belles têtes antiques. Leurs dents sont admirables de conservation et de blancheur, même chez les plus âgés, et je n'ai pu en rencontrer un seul qui les eût mauvaises. Shaw leur attribue un usage qui serait bien étrange dans les mœurs musulmanes, s'il était vrai, celui d'offrir leurs femmes aux voyageurs; mais, à coup sûr, Shaw s'est trompé sur ce point. Au dire des troupes qui étaient avant nous à Sétif, les Ammers, comme d'autres tribus de la province, notamment celles des environs de l'antique et célèbre Sigus, offrent bien, parfois, des femmes aux voyageurs, mais ces femmes ne sont pas les leurs. Peyssonnel, sous ce rapport, s'est plus approché de la vérité que le ministre anglican, lorsqu'il a dit, partant d'un point situé à deux lieues est de Sétif, qu'il n'y manquait pas de femmes adonnées à la prostitution. Et en effet, comme dans nos cités un peu

populeuses, les fortes tribus, en Afrique, ont aussi une classe de femmes qui n'appartiennent à personne, et ces femmes, chez les Arabes, sont pour la plupart des femmes qui ont été répudiées par leurs maris.

De nombreux cimetières se rencontrent çà et là parmi les ruines de Sétif; ils sembleraient être la continuation des cimetières romains, du moins est-ce sur les mêmes lieux qu'on trouve le plus de pierres tumulaires. J'y aperçus, dans une fosse à jour, un cadavre parfaitement desséché. Ce fait peut jeter quelque lumière sur la nature du climat de l'antique cité; il est d'autant plus remarquable que les Ammers, comme tous les Arabes, n'enterrent leurs morts qu'à fleur de terre. Le cadavre dont nous parlons n'était pas à plus de 3 décimètres dans le sol; quelques dalles mal jointes le recouvraient. Nous avons trouvé dans le même état de conservation, sur tout le plateau de Sétif, une foule de batraciens et d'autres reptiles (1).

Après avoir quitté le plateau de Sétif le 26, et

(1) Des fouilles faites tout récemment à Sétif, dans des tombeaux romains, ont exhumé des squelettes d'hommes et de femmes, avec des portions de linceul qui ne remontent pas à moins de quatorze siècles. Cette découverte est, sans contredit, l'une des plus importantes qui aient eu lieu en Afrique, depuis notre occupation.

les jours suivants, avant et après les Portes-de-Fer, nous avons rencontré en abondance la petite armoise, connue des Arabes sous le nom de *sheah;* cette plante, très-employée dans la médecine du pays, se débite à Alger chez tous les apothicaires, maures et israélites, qui disent la retirer du désert. C'est l'*artemisia odoratissima* de Desfontaines, décrite par Shaw, sous le nom d'*absinthium santonicum judaicum;* elle existe aussi en Arabie, où Shaw l'a retrouvée.

Dans la journée du 27, nous aperçûmes, sur les crêtes des montagnes que nous laissions sur la droite, dans le nord, plusieurs villages kabyles.

Il est à remarquer que la lèpre ou, pour mieux dire, la ladrerie, et c'est à dessein que je me sers de cette expression, est très-répandue dans ces villages, d'ailleurs si favorablement et si pittoresquement situés; c'est de l'un d'eux, de Colloah, que venait l'un des lépreux dont nous avons parlé à l'occasion du crétin de Bougie. A ces lépreux, qui s'étaient présentés à Bougie, en avaient succédé d'autres, et nous en retrouvâmes encore quatre lorsque nous touchâmes à cette ville dans la journée du 7, à la suite du prince royal et de M. le maréchal gouverneur. Ces quatre malheureux, tous Kabyles (1), se composaient d'un vieil-

(1) Jusqu'à ce jour, aucun cas de lèpre ne s'est encore

lard, Mahomet-ben-Casen, dont la tête était toute tuberculeuse et dépilée, d'un adulte et de deux jeunes gens de dix-huit à vingt ans. Ces jeunes gens étaient frères, nouveau fait à l'appui de l'hérédité du mal, hérédité trop bien établie aujourd'hui pour que je doive la faire ressortir davantage. Cependant, dans un travail dont je m'occupe, sur la lèpre du nord de l'Afrique occidentale, je reviendrai sur ce sujet, et j'examinerai en même temps une autre question que soulève la même maladie, celle de sa contagion ou transmissibilité. En attendant, je crois pouvoir dire, par anticipation, que cette transmissibilité ne repose sur aucun fait à moi connu, malgré toutes les recherches auxquelles je me suis livré à cet égard pendant mon séjour en Amérique, où la lèpre est encore si répandue aujourd'hui.

Le même jour, 27, comme nous approchions de l'Accaba (passage étroit et très-escarpé des deux côtés, où l'on ne peut passer qu'un à la

---

présenté dans nos possessions algériennes, parmi les Arabes malades que nos médecins français ont eu occasion de voir. La lèpre serait-elle donc plus rare chez les Arabes que chez les Kabyles, où elle est si commune? C'est un nouveau champ de recherches qui conduiraient peut-être à nous éclairer sur les causes productrices de cette hideuse et désespérante maladie.

fois) (1), le pays le plus pittoresque apparut tout à coup à nos regards. Sur une série de monticules, qui s'offraient à notre droite, étaient quatre ou cinq villages dont les maisons étaient bien bâties et entourées de beaux vergers. Entre le village et la route, le long d'un profond ravin, paissaient des troupeaux de moutons et de chèvres. Parmi les cultures du pays, nous signalerons celle de la vigne, qui paraît y prospérer. Du raisin que des habitants vinrent nous vendre pendant notre marche nous rappela, par la grosseur de ses grains comme par le volume de ses grappes, celui dont nous avons parlé à l'occasion de Milah. Tout le pays est couvert de la végétation la plus vigoureuse; elle nous frappa d'autant plus que nous quittions des contrées absolument nues. Le genévrier commun, celui de Phénicie,

---

(1) *Accaba*, mot arabe qui veut dire montée. Ce lieu est une montée pour les voyageurs qui viennent d'Alger; c'est, au contraire, une descente pour ceux qui viennent de Constantine. Shaw en parle en ces termes : « Deux lieues au sud-est des Becban (Biban) est l'accaba ou la montée, autre passage dangereux, et l'opposé des Becban; car ici le chemin est élevé et étroit, bordé des deux côtés de vallées profondes et de précipices affreux, de sorte que le moindre faux pas devient fatal; c'est cependant le grand chemin d'Alger pour aller du côté de l'Orient. »

le pin de Jérusalem, le lentisque arborescent, l'olivier, etc., sont là très-multipliés ; ils fournirent abondamment aux feux multipliés de notre bivouac du 27, feux dont les effets pittoresques resteront longtemps dans les souvenirs de l'armée.

Le soir, nous bivouaquâmes sur la rive droite de l'Oued-Bouketon, entre l'Accaba et les Portes-de-Fer : cette rivière est des plus salées, depuis sa source jusqu'à une distance assez considérable au delà des Portes-de-Fer, dont l'étroit sentier n'est autre chose que le lit même de la rivière.

Nous étions encore au bivouac, le 28, lorsque cinq ou six individus, habitant les villages dont nous venons de parler, s'y présentèrent pour faire, au nom des villages, acte de soumission à l'armée. Cette circonstance nous fournit l'occasion d'avoir quelques renseignements sur le pays. Les villages sont habités par les Beni-Bouketon, du nom de la rivière voisine, encore appelée Oued-Melek, rivière salée, et Oued-Biban, r vière des Portes.

Les Beni-Bouketon sont des Arabes, non des Kabyles, comme nous l'avions cru d'abord, parce que, à l'instar de ceux-ci, ils habitent les montagnes, et comme eux aussi se logent dans des maisons. Ceux que nous eûmes occasion de voir donnaient une assez triste idée de leurs compa-

triotes ; tous étaient d'une taille plus ou moins rabougrie, n'ayant de ressemblance entre eux que leur difformité variée.

Une réflexion se présente naturellement ici : si tous les Arabes reconnaissent une même origine, une même souche, la différence si grande qui existe entre les Beni-Bouketon et les belles tribus que nous venions de traverser tient sans doute à des circonstances de localités, à la nature différente de leurs habitations, et à d'autres usages ou pratiques qui s'y rattachent. Mais quel est le mode d'action de chacune de ces causes sur l'organisation des uns et des autres? Vaste et beau sujet de recherches que je me borne à signaler.

J'ai vu et examiné de près les Beni-Bouketon qui se sont présentés à l'armée : tous portaient, entre le pouce et l'index de chaque main, de petites cicatrices linéaires, traces de l'inoculation qui leur avait été pratiquée dans leur enfance. Cette opération que, dans un autre travail (1), nous avons annoncée être en usage dans tout le nord de l'Afrique, tant parmi les Arabes que parmi les Kabyles, nous la retrouvâmes, deux jours après, dans une tribu kabyle dont nous parlerons bientôt.

---

(1) Notion médicale sur un voyage dans le Djérid ou pays des dattes. *Gazette médicale* de Paris, année 1838.

La dernière peste d'Alger, celle de 1817 à 1822, avait étendu ses ravages jusque chez les Beni-Bouketon, où elle était, pour me servir de leurs expressions, huit ans avant la prise d'Alger, c'est-à-dire en 1822. Elle y était désignée sous le nom de *louba*, qui veut dire bouton, glande, tumeur. Les Beni-Bouketon m'indiquaient de la main la région inguinale comme étant le siége le plus ordinaire de cette éruption. Ils ne sont pas non plus restés étrangers au choléra, dont ils ont conservé le souvenir sous le nom de *bouchait;* ils s'exprimaient autant par des gestes que par des paroles pour m'indiquer les vomissements et les selles qui l'accompagnaient.

Le 28, nous traversâmes les Portes-de-Fer, constituées par des bancs perpendiculairement redressés, d'un calcaire noir, en général de peu de consistance, surtout dans les bancs les plus occidentaux. Entre les bancs calcaires s'en trouvaient d'autres d'argile, qui ont disparu, entraînés par les eaux, en même temps que celles-ci se frayaient un passage à travers les premiers. Je ne pourrais m'étendre davantage sur cette intéressante localité sans entrer dans des détails qui appartiennent à la géologie; M. le maréchal Valée en donne d'ailleurs une bonne description dans son rapport au ministre, sur l'expédition des Portes-de-Fer.

Un seul fait médical se rattache à notre passage dans cette localité remarquable ; c'est le manque d'eau que nous y éprouvâmes, la rivière étant, comme nous l'avons dit plus haut, salée et impotable. Aussi le passage des Portes-de-Fer a-t-il reçu, dans le langage pittoresque du soldat, le nom de chemin de la soif. Cependant quelques sources d'eau douce se jettent çà et là dans la rivière ; mais, outre qu'elles sont rares, nous ne pûmes en profiter, tant à cause de l'heure avancée de notre arrivée au bivouac, la veille de notre passage aux Portes-de-Fer, qu'à cause de la rapidité et des difficultés de notre marche, ce jour-là et le suivant. Ce furent surtout nos chevaux qui eurent à souffrir du manque d'eau dont nous parlons.

Les sources salées sont très-multipliées dans la province de Constantine ; il y en a pour ainsi dire de tous côtés. Lorsqu'on arrive à Constantine par la route de Philippeville, on traverse plusieurs ravins au fond desquels sont des sources de cette nature, mais qui ne se décèlent, l'été, que par le sel qui se cristallise à la surface des terres qu'elles mouillent pendant l'hiver. A trois quarts de lieue de la ville, sur la route de Milah, est l'Oued-Malah, ruisseau salé, ainsi que son nom l'indique, et se rend dans le Roumel, qui passe près de là. Ses eaux ont été ana-

lysées, et nous en avons fait connaître le résultat dans le *Moniteur algérien*, année 1838.

Le 29, nous parcourions une montagne couverte de beaux cristaux de sulfate et de carbonate de chaux, sous diverses formes, surgissant à la surface du sol, entre des couches de terrain très-obliquement redressées, lorsque trois villages kabyles, que nous devions traverser, nous apparurent tout à coup sur la crête d'une montagne. Ces villages sont habités par les Beni-Mansour, les fils ou enfants du conquérant. Peyssonnel, qui les visita il y a plus de cent ans, en parle en ces termes : « Nous passâmes entre trois petits villages modernes, bâtis en terre et couverts de chaume, habités par des Arabes qu'on appelle Kabyles. » Notre confrère fait de ces Kabyles un portrait peu flatteur, et auquel je craindrais de retoucher, même dans l'intérêt de la vérité. Il nous apprend « qu'ils n'ont ni chef, ni nation, ni commandant ; que chacun est maître et libre de ses volontés ; qu'ils sont, la plupart, des voleurs, ou plutôt des bêtes féroces ; que les Turcs ni personne n'ont jamais pu les soumettre (1). »

---

(1) Relation d'un voyage sur les côtes de Barbarie, fait par ordre du roi, en 1724 et 1725, par Jean-André Peyssonnel. Paris, 1838.

La crête sur laquelle sont situés, sur une même ligne, les villages des Beni-Mansour, fait face à la route d'Alger ; elle passe entre le deuxième et le troisième village, en comptant de droite à gauche, venant des Portes-de-Fer. De là on jouit d'une vue magnifique sur le Jurjura, le *mons ferratus* des anciens ; elle n'avait point échappé à Desfontaines, qui en parle en ces termes : « Le Jergera (Jurjura) est vis-à-vis, et présente un coup d'œil superbe, ainsi que le vallon où la rivière coule du côté de l'est (1). »

Je m'arrêtai chez les Beni-Mansour pendant le passage de l'armée, et j'y étais encore alors qu'elle était déjà loin : ce fut une imprudence dont je ne m'aperçus que lorsque je ne pouvais plus y remédier. Malgré tout le temps que je passai chez les Beni-Mansour, je les quittai avec le regret de n'avoir pu, faute d'un interprète qui entendît leur langue, en obtenir les renseignements que je désirais, ni leur donner les conseils que quelques-uns étaient venus me demander, en ma qualité de *tébib*, ainsi qu'ils appellent les médecins.

Les femmes, chez les Beni-Mansour, paraissent

---

(1) Fragments d'un voyage dans les régences de Tunis et d'Alger, fait de 1783 à 1786, par René Desfontaines. Paris, 1835.

se marier de bonne heure. En effet, une jeune mère que j'y aperçus, avec un enfant sur le dos, n'avait pas plus de dix à douze ans. Elles vont sans voile comme toutes les femmes kabyles, et portent des anneaux en corne aux mains et aux pieds. Elles se teignent les cheveux en rouge avec le hermé, et les paupières en noir avec l'oxyde d'antimoine, coutume que nous retrouvons sur le littoral, et qui déjà était fort ancienne dans l'Orient lorsque saint Cyprien la reprochait aux jeunes vierges de son temps, ainsi que l'usage des pendants d'oreilles, qui s'est conservé chez les Beni-Mansouriennes. Mais cette pratique rehausse assez peu leurs attraits. En effet, les bijoux dont nous parlons ne sont que des masses d'argent plus ou moins informes, et qui, de plus, partagent la saleté générale de la personne.

Presque tous les Beni-Mansour dont j'ai examiné la main, hommes, femmes et enfants, avaient été inoculés, et je n'ai remarqué que chez un très-petit nombre d'entre eux des traces de variole, et encore ces traces n'étaient-elles profondes chez aucun. La teigne et la gale ne sont pas moins répandues chez les Beni-Mansour que parmi toutes les autres peuplades du nord de l'Afrique occidentale.

A n'en point douter, la peste a régné chez les Beni-Mansour lors de la dernière invasion sur le

littoral, et aussi, comme chez les Beni-Bouketon, à une époque où elle tirait sur sa fin dans la capitale de l'Algérie. Quant au choléra, et pour les motifs que j'ai donnés plus haut, c'est-à-dire faute d'un interprète kabyle (1), je n'ai pu rien obtenir de satisfaisant sur le fait de son passage ou non chez les Beni-Mansour.

Les habitations des Beni-Mansour sont bâties en pierre, avec du mortier sans chaux ; elles sont couvertes avec une graminée très-répandue dans la contrée ; une couche de mortier l'assujettit sur la charpente. Cette précaution est nécessaire à cause de la grande ventilation à laquelle les villages sont exposés. Les fenêtres ou ouvertures qui donnent passage à l'air sont sans vitres. Chaque habitation est disposée en forme carrée, avec une cour intérieure, à l'instar des maisons mauresques. On y pénètre par l'un des côtés où est la porte qui s'ouvre en tournant sur une pierre, à l'aide d'un gond en bois; les autres côtés sont divisés en trois pièces d'égale grandeur : l'une est l'habitation du maître, l'autre est l'étable, la troisième est le magasin aux fourrages et aux approvisionnements. Desfontaines dit que ces maisons, quoique mal bâties, sont couvertes et font un effet pittoresque.

(1) Aucun de nos interprètes ne parlait cette langue, qui, comme on le sait, n'est pas une langue écrite.

Les Beni-Mansour cultivent l'olivier, qu'ils greffent avec soin, ce qui nous a d'autant plus étonné que la greffe est inconnue sur le littoral (1).

La route d'Alger traverse, chez les Beni-Mansour, de superbes champs d'oliviers. Nous y avons vu des olives qui nous ont rappelé, par leur volume, celles si renommées des environs de Séville. Les villages ont des moulins pour écraser les olives, et des presses pour en extraire l'huile. Les environs sont cultivés en blé, et en orge surtout. Au bas des villages passe l'Adous, l'ancienne *Audus*, sur les bords de laquelle sont de belles plantations de sorgho. Cette rivière, l'un des affluents de la rivière de Bougie, doit être considérable dans la saison des pluies. Peyssonnel en parle en ces termes : « Nous vînmes camper auprès d'Oled-Mansou, sur les bords d'une rivière qui arrose un beau et riche vallon rempli d'oliviers sauvages (2), et de lentisques aussi hauts que les plus grands oliviers (3). »

---

(1) La greffe pratiquée chez les Beni-Mansour est la greffe en approche, ainsi que nous nous en sommes assuré nous-même par l'examen de plusieurs jeunes greffes.

(2) Nous n'avons aperçu chez les Beni-Mansour aucun olivier qui ne fût greffé.

(3) Les lentisques en arbres sont communs dans cette

Les villages kabyles les plus remarquables que nous ayons rencontrés dans notre voyage sont ceux que nous avons laissés sur notre droite, à peu de distance de la route, aprés avoir passé Aïn-el-Aga, source très-abondante qu'ombragent un peuplier séculaire, des ormes et des saules pleureurs. Là, les maisons sont plus vastes, mieux bâties et toutes couvertes en tuiles, à l'italienne. Un peu au delà des villages, à l'ouest, coule l'Oued-Kadara, qui, d'aprés le traité de la Taffna, forme nos limites avec Abd-el-Kader.

En général, les Kabyles choisissent, pour établir leurs villages, le revers des montagnes, et les disposent sur des plans inclinés. Dans le pourtour des villages sont leurs vergers, où se remarque surtout l'olivier, qui, dans toutes ces contrées, acquiert des dimensions considérables. Plus loin sont leurs champs de céréales. Le sorgho, avec lequel ils préparent leur couscoussou, se cultive sur le bord des rivières, l'eau étant indispensable à sa végétation. L'irrigation, pour la culture de cette plante, se pratique en détournant l'eau des rivières à l'aide de canaux bien

---

partie de l'Algérie, ce qui tient, sans doute, à ce qu'on ne les brûle pas tous les ans, comme dans les environs d'Alger ; nous en avons aperçu un très-beau dans le passage des Portes-de-Fer.

entendus, et qui parfois servent aussi à faire tourner des moulins. Un de ces moulins, que nous aperçûmes entre Milah et Sétif, recevait son eau par un canal secondaire, dont un chêne avait fait les frais; c'était l'écorce du tronc qui avait été détachée tout entière par une incision longitudinale. L'emploi du chêne-liége comme aqueduc est, du reste, très-usité à Tlemsen et dans le royaume de Maroc.

Bien des faits de médecine seraient à recueillir parmi les Kabyles. Ainsi, par exemple, ils connaissent la cataracte, qu'ils opèrent sur des animaux, notamment sur les chèvres, et peut-être aussi sur l'homme. Cette opération se pratique en traversant l'œil avec un fil, dont on laisse quelque temps les deux extrémités au dehors; il est introduit à l'aide d'une aiguille particulière. Un Kabyle a opéré ainsi à Alger, en 1836, un bouc qui était atteint d'une double cataracte; l'animal appartenait au consul de Sardaigne; il s'est parfaitement rétabli.

Dans la relation d'un voyage dans le Djérid, que nous avons donnée en 1838, nous avons signalé un appareil inamovible employé par les Arabes dans le traitement de leurs fractures. Ce bandage, ainsi que nous le disions, se construit avec de la tige de férule, coupée sous forme de lames plus ou moins minces. J'eus connaissance,

dans notre voyage, d'un autre bandage inamovible, non plus construit avec de la tige de férule, mais avec des joncs, matière qui le rend plus propre que l'autre à s'adapter à la configuration des parties. Les joncs, dans ce bandage, sont disposés par petits faisceaux entourés d'un fil de laine, et adossés parallèlement, les uns aux autres, sur un cuir formant un carré oblong, aux quatre angles duquel sont quatre courroies destinées à entourer les membres. La face libre du cuir est celle qui doit être appliquée sur le membre; elle est recouverte préalablement d'une couche de laine cardée, qu'on y fait adhérer avec de la cire fondue, dans laquelle on a jeté quelques pincées de henné (1) en poudre.

Un bandage, confectionné comme nous venons de le dire, nous a été remis à Constantine; il était percé de deux ouvertures pour le pansement des plaies qui compliquaient la fracture. Cette modification de l'appareil inamovible arabe rappelle celle apportée dernièrement à notre appareil inamovible français. C'est sur un Kabyle des montagnes de Collo que l'appareil dont nous parlons a été trouvé (2).

---

(1) *Lawsonia inermis.*

(2) Cette pièce a été envoyée à M. le baron Larrey, qui la fera plus amplement connaître, s'il le juge convenable.

J'eus encore connaissance, dans le cours de notre voyage, et ce fut à notre bivouac sur l'Oued-Bouketon, d'un appareil ou bandage qui se construit aussi avec des joncs, et qui n'a pour objet que de garantir les plaies du choc des corps extérieurs. C'est tout simplement un anneau de joncs joints par des tours multipliés d'un fil de laine à demi tordu; deux rubans de fil, attachés sur deux de ses points opposés, servent à le fixer sur le membre. Un anneau de cette sorte avait été appliqué sur la jambe d'un Arabe, atteint d'une plaie au mollet : les rubans ayant été trop serrés, il était survenu du gonflement, de la douleur, et c'est à ces accidents, qui amenèrent le malade auprès de nous, que nous dûmes la connaissance du bandage dont nous parlons. Après le nouveau pansement que nous fîmes faire au malade, nous eussions désiré garder par-devers nous, plutôt comme chose curieuse que comme chose utile, le bandage qu'il portait, mais il paraissait y tenir, et nous n'insistâmes pas pour l'avoir. Cet Arabe était un chef de la suite du Kaïd-Aly, dont les bons services venaient d'être récompensés par la croix de la Légion d'honneur.

Là se bornent les observations que nous avons faites pendant notre voyage; elles eussent été plus nombreuses, si une course moins rapide nous eût permis d'avoir avec les indigènes des

rapports plus multipliés. Je passe sous silence les maladies, en petit nombre, observées dans l'armée, ainsi que quelques blessures offertes à notre observation; ni les unes ni les autres ne présentant un grand intérêt. J'ai, du reste, rendu compte de ces dernières dans le rapport chirurgical que j'ai adressé au conseil de santé, et qui est inséré dans le 47e volume de ce recueil de mémoires.

MÉMOIRE

SUR LA DYSSENTERIE;

MÉTHODE AUSSI SIMPLE QUE FACILE DE LA GUÉRIR EN PEU DE TEMPS ;

par M. le Dr PEYSSON,
médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Ce n'est pas sans un vif sentiment de curiosité et d'intérêt, que le médecin philosophe, étudiant le passé et remontant aux sources de la science, parcourt la chaîne des idées que ses devanciers ont émises sur la nature et le traitement d'une maladie telle que la dyssenterie, qui fut considérée jusqu'à ce jour comme un des plus grands fléaux de l'humanité, tant par sa fréquence et sa gravité, que par son caractère souvent contagieux ou au moins épidémique.

Tous les auteurs qui ont traité de cette redoutable affection, et peu de médecins ont écrit en pathologie sans s'en occuper, la considèrent comme étant plus funeste que la peste elle-même. C'est l'avis de Zimmermann, qui émet souvent cette opinion dans ses ouvrages; c'est aussi celui de deux de nos plus illustres inspecteurs, MM. Coste

et Desgenettes, qui ont été témoins de ses ravages, l'un en Amérique, et l'autre en Égypte, où elle règne presque constamment.

Mais si la dyssenterie est une de ces maladies générales dont l'étude intéresse tous les praticiens, ne doit-elle pas fixer encore à un plus haut degré l'attention de ceux qui exercent leur art parmi les troupes, puisque c'est dans les camps et dans les hôpitaux militaires, c'est-à-dire dans tous les grands rassemblements d'hommes, qu'elle se montre sous la forme épidémique, et qu'elle multiplie ses victimes, ainsi qu'on l'a vu dans les armées françaises en Égypte, en Morée et même en Afrique?

Cependant, le dirai-je? ses ravages y eussent été infiniment moins fréquents et moins désastreux, si son traitement avait été plus rationnel. Que de braves conservés à la patrie, si les médecins de l'immortelle armée d'Égypte, par exemple, n'avaient pas été imbus des préjugés de Zimmermann sur la nécessité d'évacuer promptement les humeurs putrides, qu'il regardait comme causes de la dyssenterie ! Quels résultats heureux n'eussent-ils pas obtenus, s'ils avaient été pénétrés, comme je le suis aujourd'hui, de cette grande et importante vérité, qu'on peut toujours conjurer le danger chez les dyssentériques, et le plus souvent les guérir rapidement, au moyen de la

saignée générale, plus ou moins répétée, faite au début du traitement, époque où le moindre retard, la moindre erreur, entraînent les conséquences les plus fatales !

« La dyssenterie, dit Zimmermann, est une de ces maladies où souvent l'erreur conduit aux plus funestes résultats, et où il est extrêmement difficile de l'éviter, de l'aveu des plus grands médecins; aussi Hérédia disait-il : *Nullum affectum tantis difficultatibus implicitum invenio præsertim in ejus curatione.* »

D'un autre côté, les ravages que fait cette maladie, et les assertions contradictoires des médecins, tant anciens que modernes, sont des motifs qui doivent rendre les praticiens très-circonspects sur la manière de la traiter. C'est surtout ici qu'il faut partir de ce principe de Galien : *Cognitio morborum est materia remediorum.*

Eh bien, c'est cette connaissance de la maladie qui a manqué aux médecins pendant des siècles; aussi se sont-ils laissés aller aux idées les plus contradictoires et les plus extravagantes sur sa nature, et, par suite, sur son traitement ; chacun voyant avec le système de philosophie de son siècle, ou avec les préjugés de ses maîtres.

« Si quelquefois, dit Cabanis, les observations de nos prédécesseurs nous servent de guide et nous aident à mieux observer nous-mêmes, trop

souvent aussi la paresse, sous le nom de respect, se repose sur l'autorité; on ne se sert pour ainsi dire plus de ses propres yeux, on ne voit que par ceux d'autrui, et bientôt la vérité, même en passant de livre en livre, prend tous les caractères de l'imposture et de l'erreur. »

Voilà ce qui est arrivé par rapport à la dyssenterie, maladie sur laquelle on a émis longtemps les opinions les plus opposées et les plus absurdes qui ont conduit à l'usage d'une foule de remèdes les plus bizarres et les plus dengereux, depuis l'eau froide jusqu'au mercure et à l'arsenic, tandis que le raisonnement le plus facile en apparence devait conduire à la méthode la plus simple, la plus heureuse et la plus économique.

Je le demande, est-il en médecine un seul sujet qui ait donné lieu à tant de raisonnements divers, que dis-je? à tant de divagations, que l'étude de la dyssenterie, et qui prouve mieux toute la faiblesse de l'entendement humain!

C'est ce qui ressortira surtout du coup d'œil rapide que nous allons jeter sur les principaux auteurs qui se sont occupés de cette maladie; coup d'œil indispensable d'ailleurs pour montrer où en était la science, quand j'ai été conduit par mes revers à l'heureuse méthode que je proclame aujourd'hui comme un immense bienfait pour l'humanité.

Opinions des anciens sur la nature et le traitement de la dyssenterie.

Hippocrate, qu'on doit toujours citer quand il s'agit de médecine pratique, définissait la dyssenterie « un flux putride venant de l'amas de la bile et de la pituite, qui, après être resté quelque temps fixé sur les intestins et les vaisseaux, cause des chaleurs internes considérables, et se précipite enfin avec un sang corrompu, d'où résultent des ulcères aux intestins. »

D'après de telles idées sur la cause prochaine de cette maladie, ce grand homme ne devait songer qu'aux moyens d'évacuer ces humeurs et de faire cicatriser ces ulcères. Quant à la saignée, il la proscrivait complétement dans cette maladie, puisqu'il ne la permettait que quand le ventre était resserré.

Que signifie d'ailleurs l'opinion du père de la médecine sur le sang sortant des vaisseaux mésaraïques et cœliaques, et sur le flux qu'il appelait hépatique?

Il faut en convenir, Hippocrate avait un grand talent d'observation, et on ne peut qu'admirer tout ce qu'il nous a transmis comme le fruit de sa seule expérience : mais, n'en déplaise aux enthousiastes de ce génie, qui ne voient rien de

beau, rien de bien que ce qui nous vient de l'antiquité, le divin vieillard, parmi une foule de bonnes choses, nous a laissé des idées faibles et même dangereuses. Et comment aurait-il pu en être autrement, puisque, de son temps, on manquait totalement de connaissances positives en anatomie, en physiologie, et surtout en anatomie pathologique, science moderne qui a donné enfin à l'art de guérir quelque certitude?

Vénérons les anciens sans adoration stupide, comme dit Théophile Gauthier, et profitons de ce qu'ils ont fait sans les copier.

Ce que je viens de dire d'Hippocrate s'applique également à Galien, qui donna une telle impulsion à la médecine, que ses opinions régnèrent despotiquement dans les écoles pendant des siècles : aussi ses successeurs définissaient-ils, comme lui, la dyssenterie « un flux de ventre sanguin, avec des ulcères aux intestins, » prenant ainsi, comme tant d'autres, l'effet pour la cause.

Celse admit l'ulcération, mais changea le nom de *dysenteria* en celui de *tormina intestinorum*.

Cœlius Aurelianus la nomma *rheumatismus intestinorum cum ulcere*.

Comment, avec de semblables idées, Galien et ses sectateurs n'auraient-ils pas proscrit la saignée dans cette redoutable maladie, pour ne songer également qu'aux moyens d'évacuer les humeurs

putrides et de cicatriser les ulcères intestinaux? encore quels remèdes, lui et ses partisans, préconisaient-ils pour atteindre ce but? le sel marin; l'eau salée ou le vinaigre, en lavements ; et autres moyens non moins pernicieux.

Ettmuller, toujours prêt à adopter les plus grandes rêveries, dit Zimmermann, n'a-t-il pas été jusqu'à conseiller l'alun et le sel de saturne, comme extrêmement avantageux dans la dyssenterie! D'autres n'ont-ils pas été encore plus loin, en osant proposer le mercure et même l'arsenic!

L'opinion des anciens sur l'ulcération des intestins dans la dyssenterie vient d'être renouvelée, on peut bien dire des Grecs, par l'école moderne des anatomo-pathologistes, qui font consister la nature essentielle de cette maladie dans des ulcères de la membrane muqueuse du gros intestin, ainsi qu'on peut le voir dans les recherches sur la dyssenterie par le docteur Thomas, de Tours, insérées dans les archives générales de médecine, 2e série, tom. 7 (avril 1835), où on lit, page 456 : « Dans le cours de mes recherches sur la dyssenterie, les caractères anatomiques ont surtout fixé mon attention. Flottant entre l'opinion des anciens, qui, depuis Hippocrate jusqu'au XVIIe siècle, admettaient, d'après leurs théories, que la dyssenterie déterminait l'ulcération des intestins et que cette lésion en était un caractère essentiel, et

celle des modernes, qui, après l'inspection anatomique, nient la présence d'ulcérations dans les intestins des dyssentériques, j'ai voulu voir par moi-même et j'ai reconnu, après avoir fait avec le plus grand soin bon nombre de nécropsies, que les anciens ont trouvé juste et que les modernes sont dans une erreur complète.»

Je ferai observer, à cet égard, que les petits ulcères que M. Thomas croit avoir trouvés à la suite de la dyssenterie épidémique ne ressemblent en rien à ceux qu'admettaient les anciens pour s'expliquer comment le sang s'échappe des intestins : d'ailleurs les anatomo-pathologistes les font précéder d'une violente inflammation spéciale, tandis que jadis on les attribuait à l'âcreté des humeurs, ce qui est bien différent.

Il faut arriver à l'illustre Sydenham pour rencontrer des idées nouvelles et tant soit peu raisonnables sur la nature de la dyssenterie et sur son traitement, qui a toujours été subordonné aux idées qu'on se formait de sa cause prochaine. Si l'on prétendait encore que les théories en médecine sont au moins inutiles, l'histoire de la dyssenterie suffirait seule pour prouver le contraire.

En effet, Sydenham, après avoir admis que la dyssenterie dépend d'humeurs âcres qui des voies circulatoires se portent sur les intestins,

d'où elles sont évacuées avec plus ou moins de sang, agissait logiquement en prescrivant presque toujours, au début de la maladie, une petite saignée pour diminuer la masse de ces humeurs et celle du sang lui-même.

« Après avoir soigneusement et mûrement réfléchi sur les divers symptômes de la dyssenterie, dit-il, j'ai trouvé que c'était une fièvre particulière, qui agit sur les intestins, c'est-à-dire que les humeurs âcres et enflammées qui sont contenues dans la masse du sang et qui l'agitent sont déposées sur les intestins, à travers les artères mésentériques, et, étant aidées par le mouvement impétueux des liqueurs qui se portent de ce côté-là, elles forcent les orifices des vaisseaux et donnent moyen au sang de s'épancher par les selles.

En même temps les intestins, faisant tous leurs efforts pour se débarrasser des humeurs âcres qui les irritent continuellement, expriment la mucosité dont ils sont naturellement enduits, laquelle se décharge avec le sang, tantôt plus, tantôt moins, chaque fois qu'on va à la selle. » (*OEuv. de méd. prat.*, trad. de Baume, t. I, p. 208.)

Il ajoute enfin :

« Car il est évident que le mal ne vient point d'un ulcère du rectum, mais plutôt de ce que les intestins, à mesure qu'ils ont retrouvé leur élasticité, ont poussé dans le rectum les restes de la

matière morbifique; et cet intestin, continuellement irrité, se décharge, à chaque selle, d'une mucosité dont il est naturellement enduit. » (*Loc. citat.*, p. 216.)

D'après ces vues, Sydenham établit ainsi les indications à remplir : « 1° Faire, par la saignée, une révulsion des humeurs âcres; 2° adoucir toute la masse du sang, et évacuer par la purgation toutes ces humeurs nuisibles. » (*Loc. citat.*, p. 208.)

En conséquence, le premier jour, une saignée était pratiquée; le soir il donnait un calmant, et prescrivait, pour le lendemain, une potion dans laquelle entraient les tamarins, le séné et la rhubarbe; mais, dans le but d'apaiser le mouvement que les purgatifs avaient excité dans les intestins, dans le sang et dans les humeurs, il ordonnait un calmant immédiatement après que l'effet purgatif avait cessé. (*Loc. citat.*, p. 210.)

La boisson habituelle du malade était la décoction blanche ou du lait coupé. Le purgatif était répété deux ou trois fois, de deux en deux jours, pendant le cours de la maladie. Souvent, chez les vieillards, les enfants, les sujets à constitution lymphatique, il usait d'un cordial dont il variait les doses. La dyssenterie résistait-elle, outre les moyens indiqués, la dose du laudanum liquide était augmentée, et l'on ajoutait la théria-

que en lavements qui, dans le principe, se composaient en partie de lait. Lorsque la maladie se prolongeait, malgré la méthode employée, Sydenham rejetait les lavements détersifs ou astringents, qu'on était dans l'usage de prescrire, et s'en tenait à l'emploi journalier d'un cordial et du laudanum.

Comme on le voit, Sydenham ne négligeait pas d'une manière absolue l'usage de la saignée générale; mais, comme il était très-préoccupé de la faiblesse qui accompagne la dyssenterie, il négligeait quelquefois la phlébotomie chez les sujets faibles et qui ne lui paraissaient pas pléthoriques; il en résultait encore qu'il ordonnait une saignée insuffisante et qu'il ne la réitérait jamais, croyant d'ailleurs avoir des moyens bien plus énergiques et plus sûrs de se débarrasser de ces humeurs, en les évacuant par le haut et par le bas, au moyen des émétiques et des purgatifs qui jouaient le principal rôle dans son traitement, et qu'il donnait immédiatement après la saignée; aussi leur attribuait-il les bons effets qu'il obtenait de celle-ci malgré leur *funeste action;* erreur assez commune et qui explique comment il a fallu des siècles pour arriver à la grande vérité qui m'occupe aujourd'hui.

Toutefois, il est vrai de dire que Sydenham avait entrevu cette vive irritation qui tourmente

le tube inestinal durant le cours de la maladie, puisqu'il a employé souvent les boissons délayantes et adoucissantes, et autres moyens pour la calmer, et que c'est lui surtout qui a accrédité l'usage de l'opium qu'il donnait le plus souvent après les émétiques et les purgatifs.

Mais ce qui prouve qu'il était loin de se douter de tout le parti qu'on peut tirer de la saignée générale, c'est d'abord qu'il employait d'autres remèdes, et ensuite qu'il considérait les dyssenteries hémorragiques, qu'il attribuait à la corrosion des vaisseaux, comme étant essentiellement mortelles; le passage suivant en est la preuve : « Au lieu des filets de sang qui, au commencement, se voyaient mêlés parmi les déjections, il arrive quelquefois, dans les progrès de la maladie, qu'on rend le sang pur en abondance et sans mélange d'aucune sérosité, toutes les fois qu'on va à la selle. Cet accident, qui marque une corrosion des gros vaisseaux des intestins, est un *signe mortel.* » (*Loc. citat.*, t. 1, p. 204.)

Et cependant ces dyssenteries, qui n'indiquent que le plus haut degré de la phlogose, bien que des plus graves, n'en cèdent pas moins facilement aux saignées générales, plus ou moins répétées, ainsi que j'en offre la preuve dans les observations qui terminent ce mémoire.

Ce qui le prouve encore, c'est que Sydenham

rapporte, comme un cas rare et extraordinaire (*loc. cit.*, p. 218), l'observation d'une femme atteinte d'une dyssenterie depuis trois ans, guérie par la seule saignée, répétée de loin en loin, parce que le sang présentait chaque fois une couenne pleurétique. Malheureusement ce fait isolé, sur lequel il ne donne aucun détail, offre tant d'obscurité, qu'on ne peut en tirer aucune conséquence : il est même à croire, d'après nos connaissances actuelles, que Sydenham s'est trompé, et qu'il a pris pour une dyssenterie un flux hémorroïdal habituel; car, enfin, qu'est-ce qu'une dyssenterie de trois ans?... Certes, si dans un mois cette maladie n'est pas terminée, elle passe indubitablement à l'état chronique, avec ulcérations de la membrane muqueuse intestinale, et alors quel est le praticien qui pourrait prétendre la guérir par les saignées générales? C'est bien ici le cas de s'écrier avec Hippocrate : *Experientia fallax!*

Il faut reconnaître, cependant, que ce grand praticien est le premier qui se soit rapproché de la vérité, et qu'il a moins mal traité la dyssenterie que tous ses prédécesseurs.

Il est à croire qu'on serait arrivé plus tôt à des idées saines sur la nature et le traitement de cette maladie, si les successeurs de Sydenham avaient continué à marcher dans la même voie, au lieu

de revenir aux théories humorales et putrides du père de la médecine. N'est-ce pas ce qu'a fait Pringle, qui a exercé pendant longtemps une grande influence sur le traitement de la dyssenterie, principalement parmi les médecins militaires? Est-il possible de mettre en doute que cette influence continuée, jusqu'à des temps très-rapprochés, a contribué à égarer les médecins de l'armée d'Égypte et à rendre la mortalité plus considérable pendant cette immortelle expédition?

En effet, au lieu de suivre les opinions de Sydenham et d'améliorer sa méthode , Pringle adopte une nouvelle théorie où il fait jouer un grand rôle à un certain ferment putride; dès lors il est conduit à ne plus s'occuper que des moyens de se débarrasser de ce ferment, soit en l'évacuant, soit en le centralisant, pour préserver ses malades des symptômes de malignité. C'est dans l'article qu'il consacre au traitement de la dyssenterie que cet auteur montre combien ses idées sur cette maladie avaient peu de fixité, et qu'il dévoile toutes ses incertitudes, toutes ses tribulations. « Il y a peu de maladies aiguës, dit-il, moins redevables à la nature, quant à la guérison, et qui soient accompagnées d'indications plus trompeuses. L'hémorragie paraît exiger des saignées réitérées; le flux de ventre, des astringents violents; et les douleurs dans les intestins, des opiats con-

tinuels. Cependant, si l'on ne se sert de ces remèdes avec la dernière précaution, ils tendent plutôt à maintenir la maladie qu'à la guérir. D'un autre côté, on condamnait tout à fait les émétiques et les purgations, ou bien on s'en servait trop peu; cependant les dernières expériences font voir qu'ils composent la principale partie du traitement de cette maladie. »

Pour tracer les règles à suivre, il y distingue trois états : le premier, quand elle est récente et que le malade peut supporter les évacuations; le second, lorsqu'elle est d'une nature fâcheuse avec prostration des forces, ou lorsqu'elle est passée à la chronicité; le troisième, lorsque le malade, quoique se rétablissant, présente encore quelques symptômes consécutifs.

« Dans le premier état, dit-il, je commence par une saignée modérée, quoiqu'il puisse être vrai que la dyssenterie n'exige pas d'elle-même cette évacuation; mais, comme cette maladie est en partie inflammatoire, et souvent accompagnée d'une pléthore, la saignée devient quelquefois indispensable, et, en général, elle contribue à la guérison. Cependant, à moins que la fièvre ne soit entretenue par quelque inflammation qui n'appartient point à cette maladie, comme cela arrive souvent en hiver ou au printemps, il est inutile ou même dangereux de la réitérer,

comme on peut l'observer dans la plupart des maladies qui viennent d'une cause putride; j'omets entièrement cette évacuation dans les tempéraments faibles, et quand il y a peu de symptômes de fièvre.» (*Observations sur les maladies des armées*, partie III, chap. 6, page 233.)

Le jour même de la saignée, il donnait l'ipécacuana seul, ou mêlé avec le tartre stibié, de manière à obtenir un effet vomitif et purgatif : si les évacuations avaient été trop peu abondantes, il prescrivait pour le lendemain le mercure doux et la rhubarbe, et se réglait, pour répéter ses purgatifs, sur la persistance du ténesme et sur l'abondance des matières évacuées, plutôt que sur le nombre des selles.

Comme on le voit, Pringle saignait bien moins dans la dyssenterie que Sydenham, et ses opinions ont dû éloigner de plus en plus les praticiens de cette opération.

Pringle, toutefois, reconnaissait cette grande vérité, que les maladies épidémiques sont de même nature que les autres. « J'ose assurer, dit-il, que toutes les dyssenteries épidémiques que j'ai vues à l'armée étaient de la même nature. Le docteur Huck et d'autres médecins employés depuis la première guerre, non-seulement en Allemagne, mais à Minorque, en Amérique et aux Indes occidentales, m'ont assuré que cette ma-

ladie paraissait dans des pays et des climats si différents, avec ces mêmes symptômes plus ou moins violents selon la chaleur, et que dans tous ces pays elle cédait aux mêmes remèdes dont on avait auparavant remarqué le plus de succès dans les hôpitaux militaires. J'ajoute qu'en Écosse et ici, toutes les fois que j'ai eu à traiter ces flux, je ne me suis jamais aperçu qu'ils exigeaient une méthode différente. »

Le docteur Huck, dont il est ici question, traitait, au rapport de Pringle, ses dyssenteries de la manière suivante :

« Si le malade a de la fièvre, ou s'il est pléthorique, je commence toujours par la saignée; si les douleurs fixes et la fièvre paraissent indiquer une inflammation considérable, je la réitère. J'ai pensé que la meilleure méthode pour nettoyer les premières voies était de prendre quatre ou cinq grains d'ipécacuana, avec un grain de tartre émétique, sans boire après cette dose, et de la laisser travailler. On la réitère en deux heures, et le malade prend alors une infusion de fleurs de camomille pour laver l'estomac.

« Le mal d'estomac, la bouche mauvaise, les étourdissements, les chaleurs d'entrailles et les tranchées, sont des raisons pour réitérer le vomitif quelqu'un des jours suivants. Si, après cela, l'estomac ne paraissait pas beaucoup dérangé,

j'avais coutume de purger avec deux onces de manne et une once de sel de Glauber. »

Pourquoi faut-il que ce praticien, qui a si bien compris que toutes les dyssenteries épidémiques étaient de la même nature, et qui semble avoir aperçu l'avantage des saignées générales plus ou moins répétées, n'a-t-il pas senti qu'elles seules opèrent la guérison malgré tous les émétiques et les purgatifs qu'il avait l'imprudence d'administrer immédiatement après la phlébotomie; même sans faire boire les malades, comme on a coutume de le faire, pour tempérer leur action irritante?

Remarquons, en passant, combien le traitement de ce médecin avait d'analogie avec celui des contre-stimulistes, qui, en même temps qu'ils répètent la saignée, prodiguent les drogues les plus incendiaires.

Dans un seul cas de dyssenterie traité à Mantoue par le contre-stimuliste J.-J. Pizani, (voyez-en l'observation, t. VII, p. 76 des *Annales de la méd. phys.*), on voit qu'il a fait pratiquer cinq saignées pour détruire l'effet de douze grains de tartre stibié, sept onces de crème de tartre et cinq ou six gros de poudre de jalap : de manière qu'on a peine à comprendre, avec Broussais (1),

---

(1) Si Broussais n'a pas compris comment quelques ma-

comment les malades peuvent surmonter quelquefois les dangers d'un pareil traitement, qu'on ne peut lire sans frémir; aussi, après l'avoir analysé, le professeur du Val-de-Grâce s'écrie-t-il avec un juste sentiment d'indignation :

« Quel tableau, grand Dieu ! Si l'on plaçait en regard celui que tracent les toxicologistes, de l'empoisonnement par les substances irritantes, où serait la différence ! »

Concluons donc que Pringle et ses collaborateurs n'ont fait qu'un faible usage de la saignée générale, qu'ils en ont même neutralisé les bons effets par l'emploi intempestif des remèdes les plus opposés, et qu'il a imprimé la direction la plus fâcheuse aux médecins qui sont venus après lui et qui l'ont pris pour guide.

Zimmermann, dont l'autorité s'est également exercée sur la plupart des praticiens jusqu'à nos jours, ne voyait, par suite de l'opinion qu'il avait sur la nature de la dyssenterie, qu'une indication capitale à remplir, celle d'évacuer les humeurs peccantes. Voici comment il s'exprime :

« Une matière bilieuse, pourrie, corrompue, enfermée dans les cellules intestinales, irrite si

---

lades surmontaient les dangers de ce traitement, c'est qu'il ne se doutait pas de la puissance de la saignée dans la dyssenterie.

fort ces viscères, que souvent les orifices des vaisseaux sanguins s'ouvrent et laissent passer un sang pur qui se mêle avec les selles, sans qu'il y ait lieu de soupçonner la moindre inflammation aux intestins, et le sang peut couler abondamment sans que les intestins soient attaqués d'abcès. On voit de là pourquoi, lors même que les selles sont réellement sanguines, il ne faut pas craindre de faire sortir la matière bilieuse irritante, avec des vomitifs ou des purgatifs, et pourquoi il arrive si souvent qu'un vomitif fait passer ce flux de sang. » (*Traité de la Dyssenterie*, p. 50.)

Plus loin il dit : « Il fallait chasser très-promptement du corps l'ennemi qui devenait encore plus redoutable à proportion qu'il y restait plus de temps, et par là on s'opposait efficacement aux progrès de la putridité. » (*Loc. cit.*, c. IV, p. 54.)

Et plus loin : « Le point essentiel était de faire évacuer à tous les malades la matière bilieuse putride le plus tôt possible. » (*Loc. cit.*, chap. V, p. 70.)

Comme on le voit, cet auteur est encore bien moins favorable à l'usage de la saignée générale que ceux dont je viens de parler. Entièrement soumis aux doctrines humorales du père de la médecine, Zimmermann ne songe guère qu'à évacuer promptement et énergiquement la bile et la pituite, causes, selon lui, de la plupart des dys-

senteries; et, comme il craignait aussi beaucoup la putridité et la malignité qui devaient survenir assez souvent chez les malades soumis à son traitement favori, il en résultait qu'il repoussait bien loin de son esprit la phlébotomie, qui seule, selon moi, eût pu prévenir ces graves symptômes, avant-coureurs de la mort, dont il se faisait des êtres ontologiques.

Toutefois, en lisant avec attention l'ouvrage de Zimmermann sur la dyssenterie, on y trouve des aperçus ingénieux, des idées heureuses, et surtout des aveux précieux; c'est ainsi, par exemple, qu'il finit par reconnaître que le tamarin, la crème de tartre et autres minoratifs doux, sont bien préférables à la rhubarbe, au jalap, et à tous les purgatifs âcres, dont l'action est trop énergique au commencement de la maladie. C'est ainsi qu'après avoir tourmenté le tube digestif par ses émétiques et ses purgatifs, il se hâte de le calmer par des boissons adoucissantes, telles que l'infusion de graine de lin, les émulsions d'amandes, et par des lavements avec la gomme arabique, moyens auxquels il joignait quelquefois l'usage de l'opium, bien qu'il ne lui accordât pas une si grande confiance que Sydenham.

C'est ainsi, enfin, qu'il s'élève avec vigueur contre l'usage des astringents, du vin pur, de l'eau-de-vie, du poivre et d'autres excitants aux-

quels les malades du peuple avaient trop souvent recours, d'après des préjugés accrédités en Suisse.

Ce médecin philanthrope ne s'élève pas avec moins de raison contre les charlatans, qui empoisonnent, dit-il, les dyssentériques par une foule de spécifiques plus ou moins dangereux; il faut en voir l'énumération dans le chapitre qu'il leur consacre et qu'on ne peut lire sans sourire de pitié.

Parmi les nombreuses espèces de dyssenteries que Zimmermann admet, il en reconnaît cependant une, de nature essentiellement inflammatoire, où la saignée est utile; et tout ce qu'il dit sur cette espèce et sur son traitement est plein de sagesse et de raison : malheureusement il la regardait comme très-rare et exceptionnelle, toujours préoccupé qu'il était de la bile et de la pituite fatiguant les intestins, et qu'il craignait de voir rentrer dans les secondes voies pour y causer des métastases mortelles.

Parlerai-je de l'opinion du grand Linné, qui attribuait la dyssenterie à des insectes qu'il nommait *scabies intestinorum*, comme on peut le voir t. II, p. 31 de l'ouvrage de Pringle?

M'arrêterai-je davantage à Stoll, qui la regardait comme un rhumatisme des intestins, renouvelant ainsi l'opinion de Cœlius Aurelianus?

A celle de Sauvages, qui définit la dyssenterie

frequens torminosa mucoso cruenta alvi dejectio, et qui la croit due à l'acrimonie corrosive de la mucosité que sécrètent les intestins, à la phlogose de ces organes et à l'épanchement du sang dans ces cavités?

Tous ces auteurs, et beaucoup d'autres, ayant bien peu modifié le traitement de la dyssenterie, ne doivent pas fixer trop longtemps notre attention.

Je ne crois pas, cependant, pouvoir passer au temps actuel sans faire mention de Cullen, qui, d'après Hoffmann, rangeait la dyssenterie parmi les maladies spasmodiques, et l'attribuait à une constriction extraordinaire du colon, ce qui est peu surprenant si on considère la tendance que ce médecin avait déjà pour la névropathie, secte nouvelle qui semble s'accroître de jour en jour, au grand préjudice de l'humanité. En effet, cette doctrine qui semble emprunter quelque chose de vague à la métaphysique, plaçant presque toutes les causes des maladies dans les nerfs, ne peut conduire qu'à la pratique la plus erronée et la plus stérile, en faisant négliger des lésions réelles dans les membranes de rapport et dans les viscères, pour ne poursuivre que certains éléments chimériques ou inaccessibles, dans les tissus nerveux profondément cachés sous les autres tissus, par de prétendus antispasmodiques, qui n'ont

souvent d'autre effet que d'exaspérer la souffrance des organes malades.

Un défaut capital de tous les auteurs anciens et de plusieurs modernes, on peut même dire une *très-grande erreur*, c'est qu'ils reconnaissent et admettent une foule d'espèces de dyssenteries, comme autant de maladies différentes qui demandent des traitements divers.

Sauvages en décrit vingt formes; Stoll, Zimmermann, Franck reconnaissent des dyssenteries inflammatoires, bilieuses, putrides, malignes, et Fournier et Vaidy y ajoutent encore les formes muqueuse et typhoïde (art. DYSSENTERIE du *Dict. des sciences médicales*, par Fournier et Vaidy). Si on joint à cela une foule de complications avec d'autres maladies, également admises par les auteurs, on a un véritable chaos où il est bien difficile de se reconnaître.

Heureusement cette division, tout à fait arbitraire et scolastique, n'est point dans la nature, la dyssenterie étant toujours une seule et même maladie qui doit être toujours traitée à peu près de la même manière, malgré la variété de quelques symptômes, qui ne sont qu'accessoires et qui ne dépendent que de circonstances particulières.

J'admets seulement encore que la dyssenterie peut être compliquée d'autres maladies, et que

cette complication doit la rendre plus ou moins grave, ainsi qu'on l'observe souvent aux armées et dans les hôpitaux militaires, où elle se joint souvent, ainsi que le faisait déjà remarquer Pringle, aux fièvres qu'il nommait putrides et au typhus.

Je conçois enfin que la constitution régnante, sans qu'on puisse trop s'en rendre compte, peut cependant lui imprimer un caractère de gravité particulier, surtout quand elle est épidémique, et la rendre plus ou moins rebelle, sans qu'elle change absolument de nature et sans qu'on en doive changer essentiellement le traitement. Ce qui prouverait que réellement la dyssenterie, quand elle est épidémique, est plus violente, c'est que, d'après MM. Thomas, Chomel, Andral, Guérétin, Joly et autres, elle est plus promptement suivie de la désorganisation ulcéreuse, ce qui n'est pas un motif pour changer le fond du traitement, mais une puissante raison de la combattre de bonne heure et avec énergie. Cette influence de la constitution médicale, constatée par tous les observateurs, et qui n'en est pas moins positive parce qu'elle est difficile à comprendre, n'est d'ailleurs pas plus surprenante que le fait qui établit que toutes les épidémies, à leur début, sont beaucoup plus meurtrières qu'elles ne le sont plus tard, ainsi que l'exprime si bien Sydenham :

« Il faut encore observer que toutes les maladies épidémiques semblent avoir, autant qu'on peut juger par leurs phénomènes, un principe plus spiritueux et plus subtil quand elles commencent que quand elles sont déjà avancées, et que plus elles tendent à leur fin, plus ce principe devient grossier ; car, quelle que soit la nature des particules morbifiques qui, étant mêlées avec l'air, forment une constitution épidémique, toujours ne peut-on s'empêcher de reconnaître qu'elles sont plus capables d'agir puissamment, lorsqu'elles commencent à se faire sentir, que lorsque le temps les a affaiblies. »

Plus loin il ajoute : « De même, dans la dyssenterie dont nous parlons, tous les symptômes étaient plus cruels quand la maladie commença. »

Mes observations sur ce point sont parfaitement d'accord avec celles de ce grand médecin. Tous les militaires qui furent frappés les premiers de la fièvre jaune, que j'observai en Espagne, succombèrent en très-peu de temps ; et les dix premiers cas de choléra asiatique qui se présentèrent à l'hôpital militaire de Cambrai, en 1832, se terminèrent promptement par la mort, tandis que plus tard je parvins à en guérir un peu plus de la moitié.

Ici se présente naturellement l'importante question de la contagion de la dyssenterie. « Le

développement simultané ou successif de la dyssenterie chez un grand nombre d'individus, disent MM. Chomel et Blache, a conduit beaucoup de médecins à la ranger parmi les maladies contagieuses. Cette opinion est celle de Lind, de Pringle, de Degner, de Zimmermann, de Cullen, de Franck, d'Hoffmann, de Bosquillon, de Coste, de Pinel, de Desgenettes, de Gilbert, de Latour, de Laudibert, et de tous les médecins enfin qui, plus récemment, ont observé la dyssenterie épidémique; et chacun d'eux a cité des faits qui semblent effectivement établir la contagion. L'observation journalière est loin d'être favorable à cette opinion, du moins relativement à la dyssenterie sporadique. » (*Dictionnaire de médecine*, 2e édition.)

Il est bien reconnu aujourd'hui que, quand cette maladie ne règne que sporadiquement, elle n'est jamais contagieuse; mais il n'en est plus de même quand elle règne épidémiquement. La solution de cette question présente alors de grandes difficultés, parce que les auteurs ont négligé de distinguer la contagion de l'infection.

Mon opinion particulière est que la dyssenterie ne se répand et ne se propage que par infection, et que la contagion, dans le sens propre de ce mot, n'est qu'une chimère.

Opinions des médecins de nos jours sur la nature et le traitement de la dyssenterie.

A Pinel appartient la gloire d'avoir, le premier, classé la dyssenterie parmi les phlegmasies des membranes muqueuses : ce qui aurait dû le conduire au traitement le plus rationnel de cette maladie ; tandis que, par une inconséquence qui se comprend difficilement de la part d'un tel homme, il continua les errements de ses prédécesseurs, en négligeant totalement les émissions sanguines, et en prodiguant les émétiques, les purgatifs et autres excitants, ainsi qu'on peut le voir dans sa *Nosographie* et dans sa *Médecine clinique*, où on lit l'observation d'une dyssenterie qu'il nomme adynamique, comme pour consoler son amour-propre de ses revers. En analysant l'action des moyens mis en usage par Pinel dans ces occasions, le médecin physiologiste est peu surpris que, sous leur influence, la maladie soit devenue adynamique, et par suite mortelle.

Enfin Broussais parut plein des belles idées de Bordeu, de Bichat, peut-être même de Pinel, et bientôt une immense révolution s'opéra en médecine, dont toutes les parties s'éclairèrent d'un jour tout nouveau.

Parmi les grandes vérités proclamées par cet

illustre médecin, on doit mettre en première ligne celle de la localisation de la plupart des maladies, ce qui les fit dès lors étudier dans les organes mêmes qui en sont le siége, et contribua beaucoup à chasser du champ de la science ces chimères ontologiques qui le peuplaient avant l'apparition de la nouvelle doctrine.

Une autre vérité non moins importante, et qu'il n'a cessé de répéter dans l'intérêt de l'humanité, c'est qu'aucun système d'organes n'est plus sujet à l'irritation et à la phlogose que le tube digestif, et principalement ses surfaces muqueuses, qui sont constamment en rapport avec une foule d'excitants directs ou sympathiques.

Dès lors, il ne lui fut pas difficile de reconnaître que, si la partie supérieure de cet immense et étroit conduit est souvent enflammée, sa partie inférieure ne l'est pas moins, et que cette phlogose n'entraîne pas des conséquences moins fâcheuses, si elle n'est arrêtée avant qu'elle ait altéré les tissus.

Plus conséquent avec lui-même que Pinel, après avoir montré que la dyssenterie n'est qu'une colite aiguë fort étendue et exagérée, Broussais flagelle impitoyablement les partisans de l'ipécacuana et de tous les autres moyens incendiaires opposés jusque-là à la dyssenterie, et propose enfin un traitement simple, efficace et

rationnel, parce qu'il est en rapport avec sa nature inflammatoire.

Il n'aurait rien manqué à la gloire de Broussais, sur ce point de la pathologie comme sur tant d'autres, si, trop préoccupé de la localisation des maladies, et, dès lors, trop esclave de sa médication favorite par les sangsues, il n'eût, pour ainsi dire, chassé de sa thérapeutique la saignée générale. Broussais, on ne saurait le méconnaître, s'est trop souvent élevé dans ses ouvrages contre la plus puissante médication que l'homme de l'art puisse employer pour combattre la plupart des maladies aiguës.

La pensée de Broussais est exprimée tout entière dans le passage suivant, en réponse à M. Prion, de Nantes, qui lui avait adressé des observations curieuses sur les bons effets des saignées générales abondantes et répétées, dans le traitement de plusieurs maladies graves.

« M. Prion, dit Broussais, ne prouvera jamais, par la pratique, qu'il y ait plus d'inconvénients à attaquer les phlegmasies dans le lieu même où elles prennent naissance, ou du moins dans la région de la peau qui en est le plus rapprochée, qu'il n'y en a à débiliter les malades par des saignées générales, qu'il faut pousser jusqu'à l'excès pour atteindre un point circonscrit d'inflammation. » (*Annales de la méd. phys.*, t. IX, p. 231.)

En méditant sur ce passage remarquable, il est impossible de n'être pas surpris de voir Broussais ne considérer la saignée que comme déplétive, c'est-à-dire que comme un moyen de soustraire une certaine quantité de sang à la circulation générale, mais très-peu à la partie enflammée, cette quantité devant se répartir entre tous les organes du corps.

Cette doctrine, reproduite par Pinel et M. Bricheteau, a trouvé dernièrement dans M. le docteur Polinière un partisan des plus distingués. Selon lui, les saignées générales ne constituent jamais que le moyen de diminuer la quantité de sang, et, par cela même, l'intensité des congestions locales; d'où il résulte que les saignées révulsives et dérivatives n'existent pas.

Et cependant, s'il en était ainsi, on se demande pourquoi l'hémorragie intestinale, dans certaines dyssenteries, ne produit pas l'effet de la saignée, et pourquoi il faut employer celle-ci pour arrêter celle-là, quelque abondante qu'elle soit? Si la saignée n'était que déplétive, toute hémorragie devrait trouver son remède en elle-même, et il serait indifférent de tirer le sang par tel ou tel vaisseau, de telle ou telle manière.

Je pense, au contraire, que le choix de la veine qu'on doit ouvrir et le mode de soustraction du sang ne sont rien moins qu'indifférents. Dans

la dyssenterie, par exemple, il faut, pour des raisons faciles à comprendre, ouvrir plutôt la veine du bras que celle du pied; il faut surtout l'ouvrir largement et de manière que la soustraction du fluide sanguin soit rapide.

Pourquoi la révulsion ne serait-elle pas soumise aux lois de l'hydraulique comme la vision l'est évidemment à celles de l'optique?

L'opinion que je combats conduit naturellement à traiter fort mal une classe nombreuse de maladies très-graves, je veux parler des hémorragies internes, qui entraînent souvent la mort, si on néglige la révulsion par les saignées générales, comme on peut en voir un exemple terrible dans le recueil des mémoires de médecine militaire, tome XVI, page 265 et suivantes. Quelles tristes réflexions ne fait pas naître en nous la lecture de cette observation et des remarques qui l'accompagnent!

Pour tous les praticiens que n'aveugle pas la prévention, la saignée générale agit non-seulement en diminuant la quantité de liquide qui circule dans les gros vaisseaux, mais encore, 1° comme un puissant dérivatif, et c'est principalement de la sorte que je conçois qu'elle produit des effets si prompts et si avantageux dans la dyssenterie; 2° en tempérant la surexcitation sympathique du cœur, en diminuant le mouve-

ment fébrile, enfin en ralentissant la circulation, qui présente alors moins de sang à l'organe malade; 3° en modifiant même la qualité du fluide sanguin qui, d'après Magendie, est d'autant plus excitant qu'il est plus oxygéné; or il est d'autant plus oxygéné qu'il circule plus vite, et qu'il est plus souvent mis en contact avec l'air dans les cellules pulmonaires.

D'un autre côté, Broussais ne faisait pas attention que tout le sang tiré par les sangsues n'est pas non plus soustrait au seul organe malade, et qu'il doit être immédiatement remplacé, du moins en grande partie, par celui des capillaires voisins.

Il ne tenait pas davantage compte de l'inconvénient plus ou moins grave des piqûres de sangsues, toujours assez douloureuses quand elles sont placées en grand nombre, dans certains rayons, pour accélérer la circulation et même quelquefois provoquer un mouvement fébrile, sans parler des suites fâcheuses qu'elles peuvent avoir dans quelques circonstances.

« Enlever les colites commençantes par des applications de sangsues au lieu convenable, c'est anéantir des épidémies de dyssenterie. » Tel est, sur ce point, le résumé de la doctrine de Broussais; et telle a été la puissance de sa parole, que dès lors on ne songea plus à attaquer ces redoutables maladies que par des masses de sangsues.

Les médecins même les plus opposés à cette médication la conseillaient cependant, comme étant d'une incontestable utilité.

Depuis Broussais, on a généralement admis la phlegmasie du gros intestin comme constituant seule la lésion : mais plus tard, lorsque s'éleva la nouvelle école anatomo-pathologique, de même que dans les inflammations de l'estomac, des intestins, du pharynx, etc., elle en distingua de spéciales; de même, elle voulut établir une distinction entre la dyssenterie et une simple inflammation du rectum, du colon et du cæcum.

« Pour nous aussi, dit M. Thomas, la dyssenterie est une colite, ou, pour parler plus exactement, une phlegmasie du colon, du rectum et du cæcum, mais une phlegmasie spéciale. » Erreur très-grave, selon moi, parce qu'elle tend à faire chercher, pour la combattre, des spécifiques, tandis que la méthode que je propose a des succès toujours faciles et constants.

M. Thomas donne en ces termes les caractères anatomiques de la dyssenterie : « La dyssenterie a son siége dans le gros intestin, et les lésions qu'elle y développe s'étendent du rectum vers le cæcum ; c'est une phlegmasie des plus violentes, promptement suivie de l'ulcération et de la destruction des tissus qu'elle envahit.

« La membrane muqueuse du gros intestin

présente, dès le huitième jour, de petites ulcérations arrondies qui, les jours suivants, s'étendent, se réunissent, forment des ulcères irréguliers, à bord taillés à pic; cette membrane est détruite dans toute son épaisseur; le fond de la surface ulcéré est formé par le tissu cellulaire sous-jacent, etc. »

Plus loin, il ajoute : « La muqueuse est promptement envahie par des ulcérations si nombreuses, si tranchées, si bien caractérisées, que j'ai trouvées dans toutes les nécropsies que j'ai faites, que j'admets comme un fait incontestable que l'ulcération de la muqueuse est un caractère aussi essentiel dans la dyssenterie que les phlyctènes dans l'érysipèle, le bourbillon dans le furoncle, le pus dans la phlegmasie du tissu cellulaire. »

Cette opinion me paraît exagérée en ce qu'elle présente, comme essentielles et se produisant dès le début de la maladie, des ulcérations que la plupart des observateurs ne signalent que lorsque la dyssenterie est devenue chronique.

Quoi qu'il en soit, ces recherches sont plus intéressantes qu'utiles pour le traitement; car enfin ces ulcères, s'ils se forment si promptement, n'en sont pas moins précédés d'une inflammation très-violente du gros intestin, qu'il faut traiter d'autant plus vite et avec d'autant plus d'énergie qu'elle devient si tôt désorganisatrice.

Sans s'expliquer sur sa nature, M. Andral range les dyssenteries parmi les lésions de sécrétions du tube digestif, et il varie sa médication selon la forme que présente la maladie : ainsi les émissions sanguines, lorsqu'il y a phénomènes généraux d'inflammation ; des évacuations par le haut et par le bas, dans la dyssenterie qui offre quelques caractères bilieux ; les astringents et les toniques, si elle se présente avec prostration des forces (1). (*Cours de pathologie*, pag. 99.)

M. Mondière a tout récemment émis l'opinion que, dans la dyssenterie, le sang se dépouillait de son albumine ; ce qui l'a conduit à faire paraître, dans le journal *l'Expérience*, un mémoire sur le traitement de cette affection que, selon lui, l'albumine guérit, comme le sulfate de quinine guérit la fièvre intermittente.

On conçoit que l'emploi de l'albumine peut ne pas nuire dans cette maladie ; mais s'en rapporter à son action pour éteindre la phlegmasie qui dévore les tissus intestinaux, ne serait-ce pas imiter la dangereuse expectation de l'homœopathie ? Du reste, M. Bodin de la Pichonnerie avait déjà proposé ce moyen en 1835.

---

(1) Alors ce praticien doit les employer souvent, la dysenterie étant toujours accompagnée d'une certaine prostration des forces.

Le plus grand nombre des médecins contemporains ont donc adopté la méthode thérapeutique de l'école physiologique; les autres se sont jetés dans un éclectisme que je crois bien peu favorable au traitement de la maladie qui nous occupe; et tous, quand ils croient devoir tirer du sang, donnent généralement la préférence aux émissions sanguines locales, n'employant la saignée générale que dans des cas rares, chez des sujets forts, robustes, sanguins, où la maladie a un caractère inflammatoire et où elle est compliquée de la phlogose d'un autre organe.

« Les évacuations sanguines, dit M. Chomel, ne sont pas ordinairement nécessaires dans la dyssenterie; elles ne le deviennent que dans les cas où la suppression d'une hémorragie habituelle, la constitution pléthorique du sujet, la fréquence du pouls les indiquent; elles doivent précéder l'administration de l'opium; les saignées locales sont alors généralement préférables à l'ouverture de la veine. » (*Dict. de méd.*, art. DYSSENTERIE.)

Lorsque cette maladie est accompagnée, dès son principe, de prostration des forces et de sécheresse de la langue, M. Chomel croit les évacuations sanguines nuisibles, et conseille le quinquina, le simarouba, le cachou, le ratanhia, le diascordium, etc.

Je n'ai pas besoin de m'expliquer sur ces pré-

ceptes; je n'ai cité ce passage que pour faire sentir le danger d'un tel traitement.

« Dans la colite épidémique provenant des miasmes et des émanations marécageuses, dit Boisseau, les émissions sanguines sont moins indiquées; mais il faut nécessairement recourir à la diète absolue, aux boissons émollientes et aux irritants de la peau. »

Rien de plus dangereux que de tels conseils; la colite épidémique devant être attaquée promptement et énergiquement par les émissions sanguines, pour prévenir l'altération des tissus qui en est si souvent la suite.

« Mais quelles que soient les circonstances qui ont donné lieu à la colite épidémique, dit encore le même auteur, dès que les symptômes sont *fort intenses*, et pour peu que la constitution du sujet ne soit pas détériorée par des maladies antérieures, il ne faut pas hésiter dans l'application des sangsues à l'anus; il suffit d'en mettre un moins grand nombre pour obvier à tout inconvénient. » (*Nosographie organique*, t. I, p. 607.)

Oui, mais le plus grand inconvénient serait de laisser mourir le malade, ce qui arriverait indubitablement si l'on ne prévenait la désorganisation des tissus, tout aussi prompte et peut-être plus facile chez les sujets faibles et délicats, s'ils étaient traités avec trop de mollesse.

« C'est à tort, dit George Baker, que l'on craint d'affaiblir le malade lorsqu'il s'agit de la vie. »

M. le professeur Bouillaud lui-même, si digne continuateur du chef de la doctrine rationnelle, et qui a si bien compris tout le parti qu'on peut tirer des saignées générales, répétées coup sur coup, dans les inflammations aiguës des grands viscères parenchymateux, ne traite que par les sangsues les divers cas de colite qu'il cite dans sa clinique.

M. Polinière, dans l'ouvrage cité, n'est pas plus favorable à la saignée générale dans la dysenterie. « L'emploi des évacuations sanguines dans le début de cette maladie, dit-il, a été préconisé par les auteurs les plus capables de servir d'autorité, tels que Zimmermann, Sydenham, Pringle, Huxham, Monro, etc. Mais peu familiarisés avec les effets de la saignée capillaire, c'était à la phlébotomie qu'ils avaient recours. » (On a vu plus haut l'usage qu'ils en faisaient.) « Cette dernière ne nous semble préférable que chez les sujets *vigoureux*, *jeunes*, *sanguins*, pour enlever d'abord la complication qui résulte d'un état pléthorique ; puis il convient d'en venir à la saignée locale *principalement bonne et efficace dans les phlegmasies* des membranes muqueuses. »

M. Polinière cite ensuite plusieurs observations

de dyssenterie, où il a mis en pratique ces principes thérapeutiques, tout à fait conformes à ceux de l'école de Broussais, en traitant la plupart de ses malades par des applications de sangsues. Il fait cependant mention d'un cas où il a employé deux saignées générales de cinq cents grammes, pratique dont il a grand soin de se justifier en insistant sur la constitution spéciale du sujet.

« La fréquence des déjections dyssentériques, dit-il, et l'épaisseur des téguments abdominaux chargés de graisse, s'opposent à ce que je fasse placer des sangsues, soit à l'anus, soit sur les parois du ventre. D'ailleurs, la soif, la plénitude du pouls qui est fréquent et dur, l'ardeur que le malade éprouve dans la région vésicale et les voies alvines, la rougeur de la langue, l'injection des conjonctives et la céphalalgie intense, indiquent le besoin d'une prompte et considérable déplétion du grand système circulatoire. »

La saignée générale, toutefois, a été employée avec plus d'énergie et de méthode que nous ne l'avons vu jusqu'ici. Dans le *Compendium de médecine pratique* de MM. Monneret et Fleury, on lit que le docteur O'halloran, pendant une épidémie de dyssenterie qui sévit à Gibraltar sur les troupes anglaises, ouvrait la veine aux malades horizontalement couchés, et laissait couler le sang jusqu'à la syncope. Il en retirait, de cette

manière, jusqu'à deux mille grammes; et si, le trentième jour, la guérison n'était pas assurée, il y revenait une seconde fois.

Dans une épidémie qui a régné à Tubingen, une saignée de cent cinquante à deux cents grammes, pratiquée aussitôt le début de la dyssenterie, sans égard pour l'état du pouls, soulageait presque toujours tellement le malade, que le plus souvent la guérison s'ensuivait; il suffisait, pour l'assurer, de l'usage de boissons adoucissantes et mucilagineuses.

Ces deux traitements diffèrent de celui que je propose. Le premier est trop étrange pour être discuté : on n'égorge pas des malades sous prétexte de la guérison. Le second serait insuffisant : une seule saignée de deux cents grammes ne peut faire avorter les dyssenteries, pour peu qu'elles aient d'intensité, et prévenir des désorganisations qui menacent de se produire. Faire trop peu en médecine équivaut presque à faire mal.

Il résulte, des recherches auxquelles je viens de me livrer, que, si nos prédécesseurs, à l'exemple de Sydenham, ont parfois employé les saignées générales contre la dyssenterie, ils ne l'ont fait qu'avec timidité, comme pratique exceptionnelle, et que, parmi nos contemporains les plus sages, les saignées locales avaient une telle vogue, qu'elles étaient presque exclusivement employées.

J'étais moi-même tellement poussé dans cette direction, qu'à Mahon, où je fus chargé en chef du service médical en 1830, et où nous eûmes beaucoup de dyssenteries, il ne me vint même pas l'idée de remplacer les sangsues, qui nous manquèrent, par la lancette, qui ne manque jamais.

Il ne me fallait rien moins que les revers que j'éprouvai l'année dernière, malgré le large emploi des sangsues, pour me faire sortir de l'ornière où j'étais engagé, et me faire comprendre qu'on peut toujours se passer de saignées capillaires locales dans le traitement de la dyssenterie, ou du moins ne les employer que comme des moyens auxiliaires, et dans des cas exceptionnels, comme auparavant on se servait de la saignée.

Mais laissons parler les faits toujours plus éloquents sur les bons esprits que des phrases plus ou moins sonores. « Ce que nous devons rechercher dans les sciences, dit Broussais, c'est la vérité, et la vérité est dans les faits; l'art de constater les faits est donc l'art de rechercher la vérité, et c'est le seul éclectisme qu'un esprit juste puisse adopter. »

De la dyssenterie qui a régné à l'hôpital militaire de Lyon, en 1839.

Les militaires atteints de dyssenterie intense ont été assez nombreux, l'année dernière, pour faire penser que cette redoutable maladie a été le produit d'une constitution médicale particulière. Peut-on dire, cependant, qu'il y a eu véritablement dyssenterie épidémique? Ne voulant pas abuser du sens des mots, je réponds par la négative; c'était tout simplement, une maladie ordinaire, développée chez beaucoup de sujets soumis aux mêmes influences hygiéniques.

Quoi qu'il en soit, nous en vîmes paraître quelques cas dès le commencement de juillet; ils devinrent beaucoup plus fréquents en août, et surtout en septembre, où la maladie prit un caractère de gravité peu commun, et s'accompagnant d'un flux sanguin dont l'abondance atteste toujours que la phlegmasie est très-étendue et très-intense.

J'employai dans le principe le traitement antiphlogistique ordinaire avec lequel je réussissais assez souvent. Cependant quelques malades ne guérissaient que lentement et avec beaucoup de difficultés; d'autres passaient à l'état chronique, et on sait ce qui leur advenait plus tard; enfin

un jeune homme succomba dans l'état aigu, ce qui me conduisit à comprendre toute l'insuffisance du traitement généralement suivi.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Dyssenterie hémorragique, traitée par les sangsues et terminée par la mort.

D***, soldat au 31e régiment de ligne, après trois jours d'invasion, entre à l'hôpital, le 21 juillet 1839, atteint d'une dyssenterie hémorragique présentant les symptômes suivants : douleurs abdominales insupportables avec envies continuelles d'aller à la selle ; ténesmes violents, le malade ne rendant que du sang pur, après grands efforts ; pouls petit, serré, fréquent. Je prescris, à ma visite du soir, trente sangsues, tant au fondement qu'à la région iliaque gauche ; eau de riz, deux potions gommeuses et un large cataplasme laudanisé sur l'abdomen, pour la nuit.

Le 22, mêmes symptômes ; les douleurs et l'agitation continuent, le sang coule hémorragiquement : trente sangsues à l'anus ; même boisson, mêmes potions ; deux bains de siége de longue durée dans la journée.

Le 23, même état : continuation de la diète absolue ; même traitement ; trente sangsues sur tout le trajet du colon ; deux demi-lavements

amylacés-opiacés, dans la journée, et deux bains de siége.

Le 24, les symptômes s'aggravent, le sang pur continue à couler hémorragiquement : vingt-cinq sangsues à l'anus ; même boisson, deux potions gommeuses simples, deux potions gommeuses opiacées, deux demi-lavements amylacés-opiacés ; continuation des cataplasmes sur le ventre.

Le 25, l'état de D*** n'est rien moins qu'amélioré : même boisson, mêmes potions; vingt sangsues à l'anus, quatre ventouses scarifiées sur le trajet du colon, cataplasmes sur le ventre, et le soir un bain.

Le 26, le malade est encore plus mal ; le pouls est plus fréquent et plus concentré, les selles de sang pur coulent presque involontairement : décoction blanche pour boisson, mêmes remèdes, deux ventouses scarifiées sur le ventre, deux quarts de lavement amylacé-opiacé.

Le 27, le sujet est au plus mal ; les selles sont involontaires et l'hémorragie n'a pas cessé : même traitement ; de plus, deux vésicatoires à la partie interne des cuisses : le malade succombe dans la nuit.

A l'autopsie du cadavre, faite vingt heures après la mort, je trouvai du sang dans le rectum et le colon, et des traces non équivoques de la plus violente inflammation de ces organes, sans lésion

organique apparente. Cette autopsie, peu complète, fut faite seulement pour constater l'état des gros intestins.

Ce malade, malgré le traitement le plus énergique par les sangsues, succomba donc à la violence de la phlegmasie intestinale et à la congestion hémorragique, qu'une puissante révulsion aurait pu arrêter; malheureusement, je partageais alors l'avis général concernant les effets comparés de la saignée générale et des applications de sangsues. Mais cette perte, à laquelle je fus très-sensible, ajoutée au petit nombre des succès laborieusement obtenus par la méthode ordinaire, me conduisit graduellement à l'emploi de la saignée générale, dont les résultats, jusqu'ici toujours heureux, ont dépassé mes espérances.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie hémorragique, traitée avec succès par les saignées générales.

Il y avait à peine quelques jours que je venais de perdre D***, quand le nommé B***, soldat au 66e régiment de ligne, après quatre jours d'invasion, entre à l'hôpital le 5 août 1839, avec les symptômes de la dyssenterie la plus violente : envies continuelles d'aller à la selle, douleurs abdominales, coliques, épreintes, ténesmes,

évacuations difficiles et douloureuses, ne contenant que quelques matières muqueuses mêlées de sang presque pur; profonde altération des traits de la face; grande agitation; mouvement fébrile considérable avec chaleur à la peau; pouls dur, vite et concentré.

Malgré des apparences trompeuses de faiblesse, je prescris, à ma visite du matin : saignée de 470 grammes; quinze sangsues au fondement; de l'eau de riz gommée à discrétion; deux potions gommeuses et un demi-lavement amylacé simple. A ma visite du soir, le malade n'est pas plus mal; il a moins de coliques; les selles, moins nombreuses, sont plus faciles et contiennent moins de sang; même traitement pour la nuit.

Le 6, le malade est mieux; il n'a eu que douze selles depuis son entrée, au lieu de quarante à cinquante qu'il avait auparavant en vingt-quatre heures; toutefois, elles sont encore sanguinolentes. Nouvelle saignée égale à la première, même boisson, mêmes remèdes. Le soir, B*** est mieux encore, et la nuit est bonne.

Le 7, l'état du malade est satisfaisant; les selles moins nombreuses, plus consistantes, ne contiennent plus que quelques légères stries de sang : saignée de 300 grammes; bain de siége, même traitement. Amélioration sensible dans la journée; plus de sang dans les selles, qui deviennent de

plus en plus rares et sont rendues sans douleur.

La nuit du 7 au 8 est excellente; B*** ne se présente qu'une fois à la chaise de nuit.

Le 8, je le trouve si bien, que je cède au vif désir qu'il m'exprime de prendre quelque nourriture : crème de riz, matin et soir; même boisson, mêmes remèdes.

Dès ce moment, la convalescence assurée ne s'est pas démentie jusqu'au commencement de septembre, époque à laquelle B*** est sorti en parfaite santé.

On comprend qu'après une maladie si grave il a fallu beaucoup de soin pour ne revenir que graduellement à une alimentation convenable.

Voilà le premier cas de dyssenterie grave que j'ai traité par les saignées générales, et bien qu'enchaîné encore par mes anciennes habitudes j'y aie fait une petite application de sangsues, il est évident pour moi que la phlébotomie a fait tous les frais de la guérison. Dès ce moment, j'ai compris tout le parti qu'on pourrait en tirer, non-seulement dans toutes les dyssenteries hémorragiques, mais encore dans les dyssenteries ordinaires et dans toutes les colites aiguës; car, enfin, me suis-je dit, la dyssenterie hémorragique n'est que l'exaspération de la dyssenterie ordinaire, de même que celle-ci n'est que le plus haut degré de la colite aiguë : or qui peut plus

peut moins; si donc la saignée générale agit si bien dans la dyssenterie hémorragique, à plus forte raison doit-elle agir mieux encore dans les deux autres, qui ne sont que des phlegmasies moins graves et moins étendues. L'expérience est venue confirmer pleinement ce raisonnement bien simple, et je vais en offrir la preuve.

TROISIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie hémorragique, traitée avec succès par les saignées générales.

B*** (Jean), fusilier au 59e de ligne, âgé de 22 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, entré deux fois à l'hôpital dans le courant de l'année pour une fièvre continue et une bronchite aiguë, fut pris, le 23 août, d'un dévoiement sans coliques, qui paraissait dû à l'action du froid et de l'humidité. Les fatigues du service militaire aggravèrent bientôt l'état de B***; il fut transporté à l'hôpital le 29 août, et il présentait alors les symptômes suivants : traits profondément altérés; yeux abattus; langue rouge et sèche; douleurs vives dans tout le trajet du colon, et particulièrement à la fosse iliaque droite, augmentant par la pression; pouls petit, dur et fréquent; peau sèche et chaude, quoique la soif soit peu vive; selles fréquentes, et de sang

pur depuis quatre jours. Saignée de cinq cents grammes; vingt sangsues sur les points douloureux de l'abdomen; eau de riz gommée, deux potions gommeuses, un demi-lavement émollient et un large cataplasme sur le ventre, pour la nuit.

Le 30, les traits du malade sont encore abattus; il y a faiblesse générale et découragement, mais le ventre est moins douloureux à la pression, la langue moins sèche et la chaleur moins forte; il y a encore du ténesme et des épreintes assez vives, mais les selles, quoique toujours très-liquides, sont moins nombreuses et ne contiennent plus que très-peu de sang; le pouls, quoique fréquent, présente plus de souplesse. Même boisson, mêmes potions, dont une opiacée.

Le 31, l'état du malade s'est encore amélioré, quoique les selles soient toujours fréquentes et ressemblent à de l'eau légèrement teinte. Nouvelle saignée de trois cent soixante-quinze grammes; même traitement; deux bains de siége dans la journée.

Le 1er septembre, les selles ne contiennent plus de sang, et tous les autres symptômes sont également amendés; le malade demande avec instance quelque nourriture; on lui accorde une crème de riz, et on continue les autres moyens.

Le 2, amélioration plus prononcée : même ré-

gime, même boisson, deux potions gommeuses opiacées; bain de siége.

Le 3, l'état du malade est un peu moins satisfaisant; le ventre est redevenu sensible, et les selles plus fréquentes. Diète absolue; même boisson, mêmes potions; lavement amylacé-opiacé, et un grand bain d'une heure.

Le 4, la douleur du ventre persistant, on revient à une application de vingt sangsues à la fosse iliaque droite, et sur le trajet du colon. On continue la diète absolue, l'emploi des mucilagineux, et de l'opium en potion et en lavements.

Le 5, amélioration sensible; le ventre est moins douloureux, et les selles, moins fréquentes, acquièrent un peu de consistance; l'espoir renaît, le malade sent le besoin de manger : crèmes de riz et lait de poule, même boisson, mêmes remèdes.

Le 6, il est mieux encore : même régime, même traitement.

Le 7, l'appétit se faisant vivement sentir, on accorde à B*** le quart des aliments légers qu'il digère facilement.

Dès ce moment, la convalescence se prononce de plus en plus, et rien ne l'a troublée jusqu'à la sortie, qui eut lieu vers la fin de septembre.

On ne peut nier que les deux applications de sangsues qui ont été faites dans le cours de ce

traitement n'aient pu favoriser la guérison : mais, sans les trois saignées générales qui ont été pratiquées dans le principe, cette dyssenterie, peut-être, à son début, plus grave que celle de D***, se serait-elle terminée par la mort. C'est un de ces cas compliqués de péritonite dans lesquels, même aujourd'hui, où je reconnais toute la puissance de la saignée, j'aurais peut-être encore recours aux sangsues sur les points douloureux du ventre.

QUATRIÈME ET CINQUIÈME OBSERVATIONS.

Deux dyssenteries hémorragiques traitées avec succès par les seules saignées générales.

Après trois jours d'invasion, M*** entre à l'hôpital, le 7 septembre au soir, atteint d'une dyssenterie hémorragique des plus violentes, caractérisée par des envies continuelles d'aller à la selle, avec coliques très-aiguës, ténesmes, fièvre ardente et évacuations de sang pur, étant obligé, à chaque instant, de se présenter à la garde-robe. Ce militaire étant jeune, fort, sanguin, je lui prescris sur-le-champ une saignée de six cent vingt-cinq grammes faite rapidement, de l'eau de riz gommée à discrétion, et une potion gommeuse simple. La nuit même, la gravité des symptômes disparaît; les envies d'aller

diminuent, et le malade satisfait à ce besoin avec plus de facilité; les selles sont moins nombreuses, plus épaisses, et le sang diminue des deux tiers.

Le 8, nouvelle saignée de 500 grammes; même traitement, et, de plus, un bain de siége d'une heure et demie.

Le 9, le malade, dans l'état le plus satisfaisant, demande à manger : crême de riz, matin et soir; même traitement, en y ajoutant un demi-lavement amylacé opiacé et un second bain de siége de deux heures, en ayant soin de l'entretenir dans une douce chaleur.

Le 10 et le 11, même régime, même traitement, en remplaçant le demi-lavement par une potion gommeuse opiacée; amélioration complète.

Le 12, la convalescence paraît assurée. Quart, un œuf et un riz au lait, matin et soir; même traitement.

Le 13, l'appétit se fait tellement sentir et je trouve M*** si bien, que je crois pouvoir lui accorder la demie, des œufs et du riz, matin et soir; il digère ces aliments avec facilité, et, le 14, il sollicite les trois quarts, qui lui sont accordés, pour sortir le 15 en parfaite santé.

J***, soldat au 8e léger, après trois jours d'invasion, entre, le 10 septembre, à l'hôpital, atteint d'une dyssenterie hémorragique présentant, à peu de chose près, les mêmes caractères que la pré-

cédente; traitée de la même manière, la guérison a été presque aussi facile et aussi prompte, puisqu'il est sorti de l'hôpital, le 23 du même mois, en parfaite santé.

Je n'ai aucune remarque à faire sur ces observations; elles parlent d'elles-mêmes : n'est-on pas surpris agréablement de voir se guérir, avec tant de facilité et en si peu de temps, deux maladies que Sydenham croyait mortelles, et qui l'auraient peut-être été si on les eût traitées par les seules sangsues?

Je ferai observer seulement qu'on est à peu près sûr d'obtenir de semblables succès, toutes les fois que la maladie sera attaquée à une époque voisine de son invasion; j'en donnerai bientôt de nouvelles preuves.

SIXIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie hémorragique, traitée avec succès par les saignées générales et les sangsues.

M***, tambour au 6e régiment d'infanterie légère, âgé de 35 ans, usé par tous les excès, et surtout par l'abus des liqueurs fortes, après huit jours de souffrances indicibles, entra à l'hôpital le 6 septembre, pour une dyssenterie hémorragique des plus graves et des plus douloureuses. Son état, à son entrée, était tel, qu'on ne pouvait porter qu'un pronostic fâcheux : fièvre violente,

pouls fréquent, petit, concentré; douleurs abdominales intolérables; coliques, ténesmes, cris plaintifs; le sang coulait pur et involontairement; le malade était d'une faiblesse à ne pouvoir se tenir sur ses jambes; les traits étaient profondément altérés. Je prescrivis, à ma visite du soir: de l'eau de riz gommée; deux potions gommeuses; une saignée de cinq cents grammes; la nuit fut laborieuse; cependant les coliques diminuèrent et le sang devint un peu moins abondant.

Le 7 au matin, je trouvai M*** à peu près dans le même état, quoiqu'un peu moins souffrant; le pouls s'était légèrement développé. Nouvelle saignée de quatre cent soixante-dix grammes; même traitement, de plus un demi-lavement amylacé-opiacé, et un bain de siége un peu long. Peu d'heures après cette seconde saignée, le sang cessa de couler hémorragiquement, on n'apercevait plus que des stries sanguinolentes dans les selles, qui prirent dès lors le caractère muqueux.

Le 8, le malade est sensiblement mieux; il n'y a plus aucune trace de sang dans les selles, qui devinrent moins fréquentes et un peu plus consistantes. Toutefois il restait encore quelques douleurs abdominales que je combattis jusqu'au 18, par quatre applications de quinze sangsues à l'anus ou sur les points douloureux de

l'abdomen; par des potions gommeuses opiacées, des demi-lavements amylacés-opiacés, et surtout des bains.

Du 18 au 25, M*** fut assez bien pour manger des crèmes de riz, puis le quart, œufs et riz; quand, le 26, la diarrhée s'étant reproduite, sans doute parce qu'il s'était procuré un surcroît d'aliments, je me vis forcé de revenir à la diète absolue, à l'usage de l'opium et aux bains. J'arrivai enfin de nouveau à une véritable convalescence, qui ne se démentit plus jusqu'au 20 octobre, époque à laquelle M*** sortit de l'hôpital.

On voit, dans cette observation, une dyssenterie hémorragique d'autant plus grave qu'elle était déjà ancienne et qu'elle se présentait chez un sujet usé de toutes les manières. Il est probable que cette affection était encore aggravée par l'usage du vin chaud auquel nos militaires ont la dangereuse habitude de recourir au début de la plupart des maladies aiguës, pour combattre la faiblesse apparente qui les accompagne. Quoi qu'il en soit, je suis persuadé que cette maladie, traitée par la méthode ordinaire, eût été promptement mortelle; elle le fût devenue bien plutôt encore, si, m'en laissant imposer par l'état du pouls, par l'oppression des forces, et craignant l'adynamie et la malignité que quelques médecins voient partout, j'avais eu recours au

vin, au quinquina, au simarouba, au cachou et à d'autres substances plus ou moins irritantes.

Cependant je crois avoir une faute à me reprocher; elle tient à ce que j'étais encore peu expérimenté dans la nouvelle méthode : j'ai employé la saignée générale avec trop de timidité, pour recourir aux émissions sanguines locales. Serait-il déraisonnable de penser que les sangsues appliquées à l'anus puissent entretenir la congestion hémorragique, quand elle est déjà très-forte ?

SEPTIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie hémorragique, traitée avec succès par les saignées générales et les sangsues.

V***, chasseur au 8e régiment d'infanterie légère, après neuf jours d'invasion, entre à l'hôpital le 16 septembre, pour une dyssenterie hémorragique des plus douloureuses et des plus graves, survenue à la suite de l'usage inconsidéré d'un violent drastique (une forte dose de coloquinte dans une chopine de vin blanc), et ensuite d'un mélange de poudre à canon et d'ail, dans un verre d'eau-de-vie, le tout pour supprimer une blennorrhagie ancienne. A son arrivée, l'état de V*** était des plus déplorables, et présentait les symptômes suivants : fièvre violente avec

pouls dur, vite, concentré; peau brûlante; traits profondément altérés; envies continuelles d'aller à la selle, avec ténesmes, épreintes, douleurs abdominales si vives, qu'elles font pousser des cris au malade; sans cesse il se présente à la garde-robe, où il ne rend qu'un peu de sang pur. Je prescris, à ma visite du soir : une saignée de cinq cent soixante grammes; eau de riz gommée; deux potions gommeuses; un demi-lavement émollient; un bain de siége d'une heure, et un large cataplasme sur le ventre. Légère amélioration pendant la nuit.

Le 17, la situation me paraît encore périlleuse; la fièvre, les douleurs abdominales et les autres symptômes n'ont pas cessé; le malade, toujours extrêmement agité, m'exprime des craintes sur son état. Nouvelle saignée de cinq cent soixante gr.; même boisson, mêmes remèdes; vingt sangsues sur les points douloureux du ventre; bain le soir, un demi-lavement amylacé-opiacé, que V*** ne peut retenir; cataplasme laudanisé sur le ventre, pour la nuit, qui, nonobstant, fut encore agitée.

Le 18, il y a un peu de mieux; tous les symptômes se sont légèrement amendés; les douleurs, les coliques, les ténesmes sont un peu moindres, et il n'y a plus que des stries de sang dans les selles, qui sont un peu moins fréquentes, et com-

mencent à devenir muqueuses; toutefois le pouls restant tendu et vite, et la chaleur considérable, je prescris une nouvelle saignée de trois cent soixante-quinze grammes; quinze sangsues sur le trajet du colon, et je continue les autres moyens, en ajoutant un demi-décigramme d'extrait gommeux d'opium dans chaque potion.

Du 19 au 24, V*** reste à peu près dans le même état, sauf une légère amélioration; je continue la diète et le même traitement.

Le 25, le mieux est plus marqué; les selles, moins nombreuses, deviennent un peu stercorales, et ne contiennent plus de sang; je continue la diète et le même traitement jusqu'au 29, époque à laquelle la convalescence me paraissant assurée, je cède au vif désir que V*** m'exprime de prendre quelque légère nourriture, et je lui accorde une crême de riz, matin et soir.

Le 30, tous les symptômes ayant disparu, et l'appétit se faisant vivement sentir, je prescris deux riz, matin et soir, régime que je continue jusqu'au 5 octobre; il mange alors le quart, un œuf et un riz, matin et soir, et j'augmente ainsi peu à peu les aliments.

Le 15 octobre, V*** sort en parfaite santé, en me promettant d'être plus sage et plus prudent à l'avenir.

Cette dyssenterie est certainement une des

plus graves que j'aie eues à traiter; d'abord parce qu'étant le résultat d'une espèce d'empoisonnement, elle pouvait bien être compliquée d'un peu d'entérite, peut-être même de péritonite, et parce qu'elle était déjà éloignée de son début, lorsque le malade est entré dans mes salles. Bien que, obéissant encore à l'impulsion broussaisienne, j'aie fait deux applications de sangsues, je reste convaincu que c'est aux saignées générales seules que je dois la guérison de ce malade, une de celles que j'ai obtenues avec le plus de difficultés, et l'on en conçoit la raison.

HUITIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie hémorragique, traitée avec succès par les saignées générales et quelques sangsues.

G***, canonnier corse au 12e régiment d'artillerie, sortit le 10 septembre de l'hôpital, où il était resté longtemps pour un violent érysipèle de la face, avec réaction sur le cerveau. Ayant usé largement de sa liberté, pour se livrer à toutes sortes d'excès, surtout dans le boire et le manger, il fut rapporté à l'hôpital militaire, le 19 du même mois, après six jours d'invasion d'une dyssenterie hémorragique des plus graves, présentant à peu près les symptômes de celle du

précédent malade; traitée de la même manière, elle a eu la même terminaison, obtenue également avec quelque difficulté, à cause de l'état d'affaiblissement dans lequel se trouvait déjà G*** par suite de sa maladie précédente; il n'en a pas moins été parfaitement rétabli et à même d'user d'un congé de convalescence, le 20 octobre.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie ordinaire, traitée avec succès par la saignée générale.

B***, soldat au 31e régiment, aprés quatre jours d'invasion entre à l'hôpital, le 28 septembre, pour une dyssenterie ordinaire, mais assez violente, comme l'indiquent les symptômes suivants : besoin continuel d'aller à la selle; les matières rendues, aprés de longs et douloureux efforts, sont des mucosités sanguinolentes; pouls fébrile. Je prescris, à ma visite du soir : saignée de cinq cents grammes; eau de riz gommée et une potion gommeuse. La nuit est plus calme que les précédentes.

Le 19, les principaux symptômes se sont amendés; il y a moins de fièvre, moins de douleurs, et les selles, plus faciles et moins nombreuses, ne contiennent plus de sang.

Le 30, le mieux se maintient; je continue la

diète, et les mêmes boissons, en ajoutant un demi-décigramme d'extrait gommeux d'opium dans chaque potion, et dans le demi-lavement amylacé que je lui prescris.

Le 1[er] octobre, je trouve le malade assez bien pour lui donner une crème de riz, matin et soir; je continue, du reste, les mêmes moyens, en y ajoutant un bain de siége.

Enfin, le 4, la convalescence me paraît assurée, et je cède à ses instances en lui accordant le quart, œuf et riz, matin et soir.

J'augmente graduellement les aliments jusqu'au 12; je le croyais alors parfaitement rétabli, quand il fut tout à coup frappé de symptômes cholériques, qui se présentèrent alors chez plusieurs de nos malades; traité pour cette nouvelle affection, il s'est bientôt mis en état de jouir d'un congé de convalescence.

L'amélioration a été si prompte chez ce malade, après la saignée générale, que je n'ai pas cru devoir la réitérer, et il serait injuste d'attribuer à ce traitement la nouvelle maladie dont il a été frappé pendant sa convalescence, d'autant plus que ces accidents étaient assez fréquents à cette époque, parmi les militaires traités pour d'autres affections.

DIXIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie grave, traitée avec succès par les saignées générales.

B***, fusilier, au 6e régiment d'infanterie légère, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin, après quatre jours d'invasion, entre à l'hôpital militaire, le 4 octobre, présentant les symptômes suivants : grande chaleur; pouls dur, vite, accéléré; soif ardente; envies continuelles de se présenter sur la chaise de nuit (le malade assure être allé, la veille, plus de deux cents fois à la selle); il ne rend que du sang pur après beaucoup d'efforts accompagnés de douleurs abdominales, coliques, ténesmes; enfin tous les symptômes d'une dyssenterie des plus graves.

Saignée de cinq cent soixante grammes; eau de riz gommée; deux potions gommeuses, un demi-lavement amylacé. A peine la saignée est-elle pratiquée, que les symptômes diminuent, et dès le soir même le sang a cessé de couler hémorragiquement; les selles, beaucoup moins fréquentes, deviennent plus consistantes, et les matières alvines ne contiennent plus que des stries de sang.

Le 5, l'état du malade est satisfaisant; toutefois je prescris de nouveau : saignée de quatre

cent soixante-dix grammes; même traitement, en ajoutant un demi-décigramme d'opium dans l'une des potions gommeuses et dans le demi-lavement, et un bain de siége assez long. Dès le soir même, il n'y a plus de sang dans les selles, qui deviennent de plus en plus rares, et sont rendues sans douleur.

Enfin, le 6, B*** est en parfaite convalescence; je lui accorde un bouillon et une crème de riz, matin et soir; même médication.

Dès ce moment, tous les symptômes ayant disparu et la convalescence me paraissant assurée, j'accorde à B*** de légers aliments que j'ai augmentés chaque jour, jusqu'à sa sortie, qui a eu lieu le 14 du même mois.

Cette guérison a quelque chose qui tient du prodige : entré le 4 octobre, j'ai montré B*** en parfaite convalescence, le 7, à notre honorable collègue M. Bégin, et lui ai demandé s'il croyait qu'on pût obtenir de pareils résultats par les sangsues. Cela se pourrait peut-être, m'a-t-il répondu, mais il en faudrait de grandes quantités; et je crois que c'est très-douteux.

Par un hasard heureux, ce malade a également été vu et interrogé par M. Clot-Bey, médecin en chef des armées d'Égypte, qui, très-surpris de la rapidité de cette guérison, m'a demandé une no-

tice sur le traitement que je suivais : je me suis empressé de la lui envoyer avant son départ.

Observations de dyssenterie hémorragique, traitée par les saignées générales, recueillies par M. Villamur, médecin adjoint.

ONZIÈME OBSERVATION.

C***, âgé de vingt-cinq ans, soldat au 8e régiment d'infanterie légère, doué d'une bonne constitution, entra à l'hôpital de Lyon, le 11 octobre 1839, et fut placé dans la troisième division des fiévreux. Il était, depuis six jours, atteint d'une dyssenterie hémorragique et n'avait cessé son service que la veille de son entrée à l'hôpital. Aucun écart de régime ne paraissait avoir été la cause de son affection. Il se plaignait d'être forcé d'aller à la garde-robe de huit à dix fois dans les vingt-quatre heures, et de rendre du sang. L'abdomen n'était nullement douloureux à la pression; il n'existait aucun symptôme de réaction générale; la langue était naturelle, l'appétit parfaitement conservé; point de céphalalgie.

Averti par M. Peysson, médecin en chef de l'hôpital, des prompts et heureux résultats obtenus dans son service, de l'emploi de la saignée générale, dans de semblables affections, le sujet étant d'ailleurs robuste et bien constitué, je

prescrivis, à la visite du 12, une saignée du bras de 440 grammes; riz au lait, matin et soir; de l'eau de riz gommée, une potion gommée, et deux demi-lavements amylacés et opiacés.

Le 13, le malade n'avait été que quatre fois à la selle depuis la veille; la quantité de sang rendue par l'anus était moins considérable et ne consistait plus qu'en stries sanguinolentes, mêlées aux mucosités intestinales, dans lesquelles se trouvaient délayées quelques matières fécales. Je prescrivis le régime et la médication de la veille.

Le 14, C*** n'avait été que deux fois à la garde-robe depuis vingt-quatre heures. Les selles étaient encore liquides, mais ne contenaient aucune trace de sang. Quart, matin et soir; même médication.

Le 15, la dyssenterie était entièrement supprimée. Je donne le quart, riz au lait, et un œuf, matin et soir. Même médication.

Les jours suivants, le malade allant de mieux en mieux, je cessai toute médication; j'accordai successivement la demie, les trois quarts, et C***, en état de reprendre son service, sortit le 23.

DOUZIÈME OBSERVATION.

R***, soldat au 6e régiment d'infanterie légère, entra à l'hôpital, le 22 octobre, pour une dyssenterie hémorragique qui l'avait forcé, depuis huit jours, de cesser son service. A la visite du matin, je le trouvai dans l'état suivant : pouls normal; langue à peine rouge vers la pointe ; soif légèrement prononcée ; abdomen souple dans toutes ses régions, mais légèrement douloureux vers la fosse iliaque droite. Les selles, d'après le rapport du malade, sont assez nombreuses (de douze à quinze dans les vingt-quatre heures); la présence du sang y est manifeste, leur expulsion ne provoque aucune douleur vers la région anale. Riz au lait, eau de riz gommée, potion gommeuse, saignée de trois cent soixante-quinze grammes.

Le 22, les selles ont diminué de fréquence, mais sont encore sanguinolentes. Le malade a été forcé d'aller à la garde-robe quatre fois pendant la nuit. Je prescris une nouvelle saignée de trois cent dix grammes, le régime et la médication de la veille.

Le 23, R*** n'a eu que trois selles dans les vingt-quatre heures ; aucune trace de sang ne se laisse apercevoir dans la matière des déjections. La langue est tout à fait naturelle, l'abdomen est souple, et a cessé d'être douloureux à la pression.

Riz au lait, matin et soir, eau de riz gommée, potion opiacée, demi-lavement amylacé et opiacé.

Le 24, la dyssenterie a cessé entièrement. J'accorde une soupe et un riz au lait, et je prescris la même médication.

Le 25, R*** mange le quart, les jours suivants la demie, ensuite les trois quarts, et sort de l'hôpital le 7 novembre.

TREIZIÈME OBSERVATION.

L***, soldat au même régiment, entra à l'hôpital le 27 octobre. Ce militaire, âgé de 23 ans, doué d'une bonne constitution physique et d'un tempérament sanguin assez prononcé, était, depuis quatre jours, atteint d'une dyssenterie hémorragique qu'il avait contractée étant de garde pendant une nuit froide et humide. L'intempérance paraissait avoir été étrangère au développement de cette affection, que nous avons eu occasion d'observer plusieurs fois au commencement de l'automne, saison pendant laquelle sont assez ordinaires l'humidité et le refroidissement de l'atmosphère. A la visite du matin, L*** offrait l'état suivant : chaleur de la peau, avec accélération du pouls; langue blanche au centre et rouge vers la pointe et sur les bords; soif prononcée; céphalalgie légère; abdomen souple, mais sensible à la pression, principalement vers

les fosses iliaques. Le malade déclare avoir été près de vingt fois à la selle depuis la veille; les matières sont rejetées, en petite quantité, avec ténesmes et sensiblement striées de sang. Diète ; eau de riz gommée; potion gommeuse; saignée de quatre cent quarante grammes.

Le 28, la fièvre est moins prononcée ; les selles ont perdu de leur fréquence, mais sont encore sanguinolentes et provoquent un peu de ténesme. Diète; eau de riz gommée; potion gommeuse. M. Peysson eut la bonté de venir voir ce malade à la contre-visite du soir, et me donna le conseil de renouveler la saignée si la présence du sang se laissait encore remarquer dans les selles.

Le 29, la réaction fébrile avait cessé; cependant les selles, quoique peu nombreuses, étaient encore diarrhéiques et colorées en rouge. Je prescrivis une nouvelle saignée de trois cent dix grammes, afin de hâter la résolution déjà évidente de la congestion, dont la partie inférieure du tube intestinal avait été le siége. Malgré son désir de prendre quelques aliments, L*** fut encore soumis à la diète et à l'usage des mêmes boissons. Le soir, les selles n'avaient point reparu ; la pression abdominale n'occasionnait plus de douleur.

Le 30, j'accorde un riz au lait, matin et soir.

Le 31, le malade paraît rétabli, il est impatient

de manger : je lui prescris une soupe au lait et un riz au lait, matin et soir.

Le 1er novembre, le malade mange le quart ; les aliments sont successivement augmentés, et L*** sort le 6 parfaitement rétabli.

Je me suis abstenu, chez ce dernier malade, des lavements et des boissons opiacés, afin de mieux apprécier l'importance de la saignée générale.

J'ai cédé d'autant plus volontiers aux conseils de M. Peysson, dans cette circonstance, que, peu de jours auparavant, j'avais perdu un malade atteint de colite aiguë, chez lequel l'autopsie a fait découvrir une grande quantité de sang coagulé dans la presque totalité du gros intestin. Ce malade avait été traité par les émissions sanguines locales.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie aiguë avec réaction générale; selles tous les quarts d'heure, accompagnées de ténesme et d'épreintes considérables ; trois saignées; amélioration marquée après chaque saignée; guérison le sixième jour ; recueillie par M. le docteur Mayer, médecin adjoint.

C***, soldat au 8e régiment d'infanterie légère, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, a été traité, dans le courant du mois d'août, pour une fièvre continue qui le retint vingt-trois jours

à l'hôpital. Il sortit le 21 septembre 1839, bien guéri, et n'accusant qu'un peu de faiblesse.

Le 12 octobre, il éprouve, sans cause appréciable, de la céphalalgie, de l'anorexie et une légère diarrhée, accompagnée de douleurs vagues dans l'abdomen. Vingt-quatre heures après l'invasion de ces prodromes, il est pris brusquement, dans la nuit, d'envies continuelles d'aller à la selle et de douleurs vives dans le ventre : ces douleurs se concentrent bientôt dans l'S du colon et dans le rectum. Il entre à l'hôpital le 17 octobre, présentant l'état suivant : visage coloré ; expression inquiète de la physionomie; peau moite; pouls plein et fréquent; céphalalgie; soif vive; langue humide recouverte d'un enduit jaunâtre légèrement pointillé de rouge; quelques nausées. Le ventre a toute sa souplesse et n'est douloureux qu'à une forte pression; les envies d'aller à la selle se renouvellent tous les quarts d'heure, et sont accompagnées de coliques vives et de ténesme. Le malade a la sensation d'un corps étranger fixé dans le rectum, et cette sensation le force à de fréquents efforts de défécation. La matière des déjections est en partie formée par du sang; ce liquide est tantôt mélangé aux mucosités, tantôt réuni en caillots. Saignée de 500 grammes; décoction de riz gommée; demi-lavement amylacé.

Le 18, le malade se félicite de son état : la fièvre a diminué; les coliques et le ténesme sont beaucoup moins considérables; la matière des défécations ne présente plus que des stries sanguinolentes mêlées aux mucosités. Cependant les selles sont encore nombreuses; le pouls a conservé un peu de fréquence et de plénitude. Saignée de trois cent soixante-quinze grammes; même boisson; lavement amylacé.

A la visite du 19, la fièvre n'existe plus, l'état général du malade est des plus satisfaisants; six selles ont eu lieu dans les vingt-quatre heures; les matières rendues contiennent encore des stries de sang. Le malade accuse de l'appétit; on lui accorde une crème de riz et on continue la même boisson.

Le 20, même état que la veille, même nombre de selles. M. Peysson, qui dirigeait le traitement et qui avait obtenu des résultats très-heureux de l'emploi de la saignée répétée dans la dyssenterie, s'est abstenu de prescrire, dans le cas que nous rapportons, aucune préparation opiacée, afin de mieux apprécier l'efficacité de sa méthode en l'isolant de toute autre médication. Les deux premières saignées avaient déjà fait perdre à la maladie toute la gravité qu'elle présentait. Depuis deux jours, le nombre des selles était réduit à six dans les vingt-quatre heures; elles étaient for-

mées de mucosités légèrement striées de sang. Pour apprécier au juste quelle influence aurait une saignée sur ce faible reste de la maladie, on en pratiqua une troisième le 21 au matin. Du 21 au 22, il n'y eut qu'une seule selle presque solide, et la guérison fut dès lors assurée. C*** mangea bientôt la demi-portion, ensuite les trois quarts; il sortit enfin, douze jours après, parfaitement guéri.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie hémorragique, traitée avec succès par les saignées générales seules.

G***, chasseur au 8e régiment d'infanterie légère, après huit jours d'invasion, entre à l'hôpital le 12 octobre à midi, présentant les symptômes suivants : face animée, chaleur à la peau; pouls fébrile; besoin sans cesse renaissant d'aller à la garde-robe, où il ne rend que du sang pur avec ténesme violent et douleurs abdominales; enfin tous les symptômes qui caractérisent la dyssenterie au plus haut degré. Je prescris, à ma visite du soir : saignée de quatre cent soixante-dix grammes; eau de riz gommée; un bain de siége d'une heure et un large cataplasme laudanisé sur le ventre.

La nuit même, les symptômes s'amendent sen-

siblement ; le sang cesse de couler hémorragiquement, il n'y en a plus que des stries dans les selles, qui deviennent légèrement stercorales et qui se réduisent à trois dans la nuit.

Le 13, l'état du malade est satisfaisant. Je continue le même traitement, sauf la saignée, que je ne réitère pas.

Le 14, G*** est à peu prés comme la veille ; les selles, peu nombreuses, sont cependant encore liquides et faiblement teintes de sang ; il y a d'ailleurs un peu de fièvre et de chaleur à la peau. Même traitement ; de plus, une forte saignée. Le soir même, il n'y a plus du tout de sang dans les selles, qui deviennent de plus en plus rares et stercorales.

Le 15, la convalescence étant parfaite, je prescris du riz, matin et soir, et je continue la même médication.

Le 16, l'appétit se prononçant, j'accorde le quart, un œuf et du riz, matin et soir.

Le 17, G*** mange la demie, côtelette et légumes, et le 18, se trouvant parfaitement rétabli, il songeait à sortir, lorsque, ayant été saisi par le froid en se promenant dans la cour, il fut pris d'une pleuropneumonie qui l'a retenu assez longtemps à l'hôpital.

SEIZIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie hémorragique, guérie en peu de jours par une seule saignée générale.

G***, chasseur au 6e régiment d'infanterie légère, après huit jours d'invasion, entre, le matin du 12 octobre, à l'hôpital, à peu près avec les symptômes que présentait le malade de l'observation précédente. Je prescris sur-le-champ : une saignée de cinq cent soixante grammes, en recommandant d'ouvrir largement la veine, de l'eau de riz, et deux potions gommeuses simples; l'état du malade s'améliore dans la journée même d'une manière surprenante.

Le 13, je trouve G*** dans l'état le plus satisfaisant ; il n'a été, depuis la saignée, que quatre fois à la selle : les matières sont stercorales et sans la moindre trace de sang.

Le 14, le malade est mieux encore; il n'y a eu qu'une selle dans les vingt-quatre heures, rendue sans ténesme ni douleur. Le malade sentant vivement le besoin de manger, qu'il m'exprime énergiquement, je lui accorde le quart, un œuf et du riz matin et soir. Dès ce moment, la convalescence fait des progrès rapides, les aliments sont augmentés graduellement jusqu'au 18, époque à laquelle il sort en parfaite santé.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Dyssenterie ordinaire, traitée avec succès par les saignées générales.

D***, infirmier-major, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin, était souffrant depuis quatre jours, quand, le 16 octobre 1839, il alla au cabaret, où il but une bouteille de vin. La nuit même, il éprouve des envies de vomir, des éructations continuelles avec violentes douleurs abdominales.

Le 18, le chef de service de la division à laquelle il appartenait lui prescrit une limonade tartro-boratée, pour rompre la constipation qu'il éprouvait depuis deux jours : elle provoque, en effet, des selles nombreuses, mais avec coliques, ténesme, et bientôt une fièvre violente se déclare; sur-le-champ on lui fait une saignée de quatre cent soixante-dix grammes; cependant, les symptômes ne s'amendant pas, il entre dans ma division le 19, dans un état de souffrances indicibles. La fièvre était ardente; les douleurs abdominales, très-vives, semblaient augmenter, dans certains points, par la pression, ce qui me détermine à y appliquer vingt sangsues, que je fais suivre d'un bain de siége.

Le 20, malgré ces moyens, je le trouve aussi

abattu que la veille; les envies d'aller à la selle sont continuelles, et accompagnées de vains efforts, de violentes coliques et d'un douloureux ténesme, à la suite desquels il ne rend que quelques mucosités enveloppées de sang. Saignée de six cent vingt grammes; eau de gomme; deux potions gommeuses; cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, et un bain dans la journée. Une large saignée fut faite : bientôt la fièvre et les douleurs abdominales se calment; les selles, moins nombreuses, plus faciles et plus épaisses, ne contiennent plus de sang; et, le soir même, je puis juger que le malade touche à la convalescence.

Le 21, je le trouve, en effet, très-bien ; je continue les mêmes boissons, les mêmes potions, auxquelles j'ajoute un demi-décigramme d'opium, et j'insiste sur l'usage des bains.

Le 22, le mieux est parfait; j'accorde à D*** du riz, matin et soir.

Le 23, il mange un quart, un œuf, du riz ; et, le 24, se croyant en état de surveiller son service, quoique encore un peu faible, il demande sa sortie et l'obtient.

Dyssenteries ordinaires, traitées avec succès par la seule saignée générale.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

F***, fusilier au 66e régiment, après quinze jours d'invasion, entre à l'hôpital le 19 octobre, avec les symptômes caractéristiques d'une dyssenterie ordinaire assez intense. Je lui prescris sur-le-champ une forte saignée faite rapidement et de l'eau de riz gommée pour tous remèdes. Chose étonnante! tous les symptômes disparaissent comme par enchantement, et il reste quarante-huit heures sans aller à la selle.

Le 20, le malade est très-bien : même boisson; riz, matin et soir, pour aliment.

Le 21, même régime.

Le 22, F*** demande à manger avec instance; quart, œuf et riz, matin et soir.

Le 23, la demie, côtelette et riz.

Les 24 et 25, trois quarts, légumes.

Le 26, portion sortante.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

B***, chasseur au 8e régiment d'infanterie légère, après douze jours d'invasion, entre à l'hôpital le 19 octobre, présentant les symptômes suivants : selles liquides et sanguinolentes toutes

les demi-heures, accompagnées de douleurs abdominales, de ténesme et d'un mouvement fébrile très-prononcé. Je lui prescris sur-le-champ une forte saignée, de l'eau de riz gommée. Bien que le sous-aide chargé de la saignée n'ait pu obtenir que deux cent cinquante grammes de sang, les symptômes se calment; les selles deviennent moins fréquentes et moins liquides.

Le 20, quoique le malade soit mieux, la fièvre n'étant pas totalement éteinte et les matières alvines contenant encore quelques légères stries de sang, j'ordonne une nouvelle saignée de quatre cent soixante-dix grammes; même boisson. Le soir, l'amélioration est complète; les selles, rares et stercorales, sont rendues sans ténesme ni douleur.

Le 21, B*** va très-bien et demande à manger; riz, matin et soir; même boisson; une potion gommeuse opiacée et un demi-lavement amylacé-opiacé.

Le 22, la convalescence est assurée; B*** ne se plaint plus que de la faim. Dès ce moment, j'ai augmenté graduellement la nourriture jusqu'au commencement de novembre, époque à laquelle B*** est sorti en parfaite santé.

VINGTIÈME OBSERVATION.

C***, canonnier au 12e régiment d'artillerie, était sorti, depuis dix jours, de l'hôpital, où il avait séjourné un mois et demi, quand il y rentra, le 19 octobre, pour une dyssenterie qui, sans être hémorragique, était d'autant plus grave que ce sujet, déjà affaibli par des maladies précédentes, semblait être en proie à quelque phlegmasie chronique : aussi, malgré les douleurs abdominales et de nombreuses selles sanguinolentes, avec ténesme, qui le fatiguaient beaucoup, je n'osai le faire saigner dès son entrée. Il ne fallut rien moins que la prompte amélioration obtenue dans l'état de plusieurs militaires entrés le même jour et dans la même salle que lui, et l'invasion récente de sa maladie, pour me déterminer, le lendemain, à lui faire tirer trois cent soixante-quinze grammes de sang.

Je fus très-agréablement surpris, le soir même, en voyant que les symptômes s'étaient amendés et que le nombre des selles était considérablement diminué.

Le 21, je prescris la continuation de l'eau de riz gommée; j'y ajoute deux potions gommeuses opiacées, un demi-lavement amylacé-opiacé et un bain de siége.

Le 22, trouvant le malade très-bien, je lui

accorde du riz, matin et soir; le même traitement est continué.

Dès ce moment, les aliments solides sont graduellement augmentés.

A la fin du mois, il ne reste plus aucune trace de dyssenterie; seulement C*** est amaigri par suite des divers traitements qu'il a subis. C'est dans cet état qu'il a été dirigé sur le service des blessés pour une affection chirurgicale.

Tout récemment il s'est présenté un nouveau cas de dyssenterie assez grave qui a cédé, avec une étonnante facilité, à une seule saignée générale : en voici l'histoire en peu de mots.

VINGT-UNIÈME OBSERVATION.

T***, grenadier au 12e régiment, après six jours d'invasion[1], entre à l'hôpital, le 2 avril 1840, pour une dyssenterie suraiguë, bien caractérisée; ayant des besoins continuels de se présenter à la garde-robe, où il ne rend que du sang avec une substance d'apparence graisseuse, que je crois être celle que Pringle désignait sous le nom de *corpora pinguia*. Il y avait, en même temps, douleurs abdominales, ténesme, mouvement fébrile, pouls dur, vite et concentré. Les forces étaient si opprimées, que le malade avait à la peine à se tenir sur les jambes. Diète abso-

lue; saignée de quatre cent soixante-dix grammes; eau de gomme. La nuit même, tous les symptômes diminuent; les selles, rares, deviennent stercorales et ne contiennent plus la moindre trace de sang.

Le 3, le malade est si bien, qu'il se croit guéri; on continue les mêmes boissons.

Le 4, la convalescence étant parfaite, on accorde du riz, matin et soir.

Le 5, la convalescence est assurée; le quart, un œuf, riz, matin et soir. Dès ce moment, on augmente, chaque jour, la quantité d'aliments.

Le 12, T*** sort parfaitement guéri.

Mais, si la saignée agit puissamment dans la dyssenterie proprement dite, elle agit mieux encore dans la colite aiguë simple; dans tous les cas où je l'ai employée, les évacuations diarrhéiques ont été supprimées dans moins de vingt-quatre heures : en voici quelques exemples.

Observations de colites aiguës, guéries sur-le-champ par la saignée générale.

PREMIÈRE OBSERVATION.

B***, fusilier au 31e régiment, après six jours de diarrhée, entre à l'hôpital le 19 octobre 1839, présentant les symptômes suivants : selles nombreuses, claires comme de l'eau, rendues sans de

grandes douleurs, le malade ne se plaignant que d'une barre au-dessus de l'ombilic; chaleur à la peau et léger mouvement fébrile. A ma visite du soir, je prescris seulement de l'eau de riz gommée et une potion gommeuse simple, désirant m'assurer si ces moyens seraient suffisants pour arrêter les évacuations. La nuit est mauvaise, le malade rend douze à quinze selles liquides, avec un peu de ténesme, et il se plaint surtout d'une grande faiblesse,

Le 20, ayant trouvé B*** assez fatigué, je prescris sur-le-champ : saignée de cinq cents grammes faite rapidement; continuation de l'eau de riz gommée et de la potion gommeuse.

Le 21, le malade est on ne peut mieux; il n'a pas eu une seule selle et il me demande à manger avec instance; riz matin et soir, même boisson, même remède.

Le 22, la convalescence est parfaite; je donne le quart, œuf et riz, matin et soir; j'augmente, chaque jour, les aliments.

Le 25, B*** sort parfaitement guéri.

DEUXIÈME OBSERVATION.

B***, soldat au 32e régiment de ligne, après six jours de diarrhée assez violente, entre à l'hôpital le 11 mars 1840, présentant tous les symptômes d'une colite très-aiguë, caractérisée par des

selles liquides et fréquentes, non sanguinolentes, avec un peu de ténesme et quelques tranchées; il est traité comme le sujet de l'observation précédente et avec le même succès, puisqu'une seule saignée a suffi pour arrêter sur-le-champ les évacuations, et le mettre à même de réparer ses forces et de sortir le 19, en parfaite santé.

TROISIÈME OBSERVATION.

L***, canonnier au 12e régiment d'artillerie, après quatre jours de diarrhée assez violente, entre, le 24 mars 1840, avec les symptômes d'une colite aiguë très-intense : saignée de quatre cent soixante-dix grammes, eau de gomme. Dès ce moment, il n'y a plus d'évacuations alvines, et, chose étonnante, le malade reste trois jours sans aller à la selle.

Il me serait facile de citer encore quelques guérisons semblables; mais je pense que celles dont je viens de présenter les cas pourront suffire pour éveiller l'attention des praticiens et les mettre à même d'obtenir les mêmes succès.

Je vais présenter encore deux observations de colites assez anciennes pour croire qu'elles tendaient à la chronicité, contre lesquelles, cependant, la saignée a eu l'influence la plus heureuse.

Observations de colites anciennes tendant à la chronicité. — Influence salutaire de la saignée.

PREMIÈRE OBSERVATION (1).

B***, soldat au 31e régiment de ligne, entre à l'hôpital le 29 octobre 1839; il a, depuis deux mois, une diarrhée qui lui est survenue à la suite de quelques accès d'une fièvre intermittente tierce qu'on combattit par le sulfate de quinine. Dans le principe, la diarrhée était peu abondante; mais elle augmenta progressivement, et, depuis six jours, le malade ressent de vives coliques, des épreintes douloureuses et va, dit-il, jusqu'au sang. L'aspect général de B** annonce la débilité; les membres sont amaigris, la surface cutanée a une grande pâleur; la face est légèrement bouffie, le teint blafard; la membrane muqueuse des lèvres et de la langue offre une teinte bleuâtre; le cœur ne donne aucun bruit anormal.

Au milieu de tous ces symptômes d'anémie,

---

(1) Cette observation appartient à M. Mayer, qui l'a recueillie dans son service. Je profite de cette occasion pour remercier ce collaborateur distingué des secours qu'il a bien voulu me prêter dans les recherches placées à la tête de ce travail,

le pouls a une fréquence et une plénitude qu'on était loin de lui supposer d'abord. L'appétit s'est bien conservé; la langue, avec sa couleur bleuâtre, est humectée sans aucun enduit; les parois abdominales ont une grande souplesse, sans sécheresse ni aridité. Le ventre, un peu volumineux et comme empâté, ne donne pas, au toucher, la sensation d'un liquide épanché dans la cavité péritonéale.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, la fréquence, la plénitude du pouls existant toujours, et la température de la peau s'étant légèrement élevée, on prescrit une saignée de trois cent soixante-quinze grammes; on donne de l'eau de riz pour boisson et une potion opiacée pour la nuit. La matière des selles, examinée pour la première fois, ne présente qu'une sérosité abondante, mêlée à quelques matières glaireuses, sans aucune trace de sang.

Le 31, deux selles seulement ont eu lieu dans les vingt-quatre heures qui se sont écoulées après la saignée.

Depuis lors, les selles devinrent consistantes et régulières; on continua, pendant quelques jours, la décoction de riz gommée et la potion opiacée. Bientôt le malade fut mis aux trois quarts de portion. Cependant, pour modifier l'état général, qui restait le même, on essaya les toni-

ques (1), le sous-carbonate de fer, entre autres; mais ces moyens ne parurent avoir aucune influence salutaire. Des écarts de régime ramenèrent deux fois la diarrhée; enfin, la maigreur et la faiblesse ne se dissipant point, B*** obtint un congé de convalescence, et quitta l'hôpital après un séjour de six semaines environ.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Une femme nommée V***, âgée de soixante ans, logée au quatrième étage de la maison que j'habite, sans autres ressources que celles de son travail, a, depuis près d'un mois, une violente diarrhée qui a pris, depuis trois jours, la forme dyssentérique. Je consens à lui donner des soins, et je la trouvai d'un tempérament fort, plutôt replète qu'amaigrie, ayant encore le teint bon. La diarrhée lui était survenue à la suite d'une indigestion de haricots : je n'ai pas de peine à me convaincre qu'elle l'a entretenue et aggravée par l'usage des aliments les plus grossiers, les plus contraires à son état. Quand je la vois pour la première fois, le 27 mars dernier, elle est dans la situation la plus fâcheuse, allant de trente à

---

(1) Dans ces cas, les meilleurs toniques sont de bons aliments, surtout de nature féculente, qui nourrissent le malade sans irriter les parties souffrantes.

quarante fois à la selle par jour, avec douleurs abdominales, tranchées, ténesme; les matières rendues sont liquides et, depuis trois jours, mêlées de beaucoup de sang. Du reste, il y a de la chaleur à la peau et un mouvement fébrile assez prononcé : saignée de cinq cent soixante grammes; eau de riz gommée; diète absolue.

Le soir, les selles sont réduites des trois quarts pour la fréquence, ne contiennent plus de sang et ne sont plus douloureuses. La nuit est très-bonne.

Le 28, l'état de la malade est très-satisfaisant : on ajoute à la boisson quelques gouttes de laudanum; laits de poule pour toute nourriture.

Malheureusement la malade charge de pain ses laits de poule; et, dès le soir même, les selles redeviennent plus fréquentes, plus liquides; elles sont, en outre, accompagnées de tranchées et de ténesme.

Le 29, je la remets à la diète et à l'usage de l'eau de riz gommée; quelques opiacés sont administrés en potion et en lavement, et bientôt une amélioration nouvelle se prononce.

Le 30, la malade commet encore une imprudence : elle mange de la brioche et boit un peu de vin; bientôt elle éprouve quelques symptômes d'indigestion qui l'engagent à avoir recours au thé : elle éprouve des envies de vomir; la diar-

rhée survient avec un mouvement fébrile considérable. Diète absolue, boissons gommées; demi-lavements amylacés-opiacés; bain de siége; me réservant de réitérer la saignée, si ces symptômes continuent. Ils se calment heureusement dans la nuit, et, le 31, la malade se trouve mieux. Dès lors, son état s'est amélioré graduellement, avec des alternatives de bien et de mal, selon que son régime était plus ou moins convenable. Enfin, aujourd'hui 12 avril, cette femme ne se ressent plus de la diarrhée qui l'a tourmentée si longtemps.

On pourrait objecter que les bons résultats dont il vient d'être question ont été obtenus sur des sujets vigoureux et jeunes, et que, chez des malades d'une constitution différente, affaiblis ou âgés, ils ne se reproduisaient pas. Les observations suivantes répondront à cette objection, dont je suis, au surplus, fort éloigné de contester la valeur.

Dyssenterie suraiguë, guérie en très-peu de temps par les saignées générales.

Madame G***, âgée de vingt-cinq à trente ans, d'une constitution faible et délicate, d'un tempérament nerveux et très-sensible, souffrante depuis longtemps, me fait appeler le 15 septembre 1839. Je la trouvai dans l'état suivant : dou-

leurs abdominales; tranchées si vives, que la malade s'agite dans son lit en poussant des cris; les traits sont animés, la fièvre ardente, le pouls petit, dur, précipité; la malade éprouve des besoins continuels d'aller à la selle; elle fait de grands efforts pour ne rendre que quelques gouttes de sang pur. L'irritation est si grande, qu'elle s'est communiquée à la vessie, au point que madame G*** ne peut uriner; son état, enfin, me paraît des plus inquiétants.

Sur-le-champ je lui fais une large saignée de cinq cents à cinq cent soixante grammes, et je lui prescris de l'eau de gomme; des demi-lavements émollients qui ne peuvent être retenus; un bain de siége, et un large cataplasme laudanisé sur le ventre. La nuit est agitée, et cependant les grands symptômes dyssentériques s'apaisent légèrement; la malade commence à uriner.

Le 16 au matin, je la trouve encore assez fatiguée, quoique beaucoup moins que la veille; les selles, toujours fréquentes, sont rendues avec moins de difficulté et contiennent quelques mucosités avec le sang; toutefois je crois utile de renouveler la saignée, et je suis assez heureux pour pouvoir lui tirer encore trois cent soixante-quinze à quatre cent soixante-dix grammes de sang par la même ouverture que la veille. Diète

absolue, même boisson, bains généraux prolongés.

Madame G*** ne pouvant supporter l'opium, je lui en fais prendre un demi-décigramme (1) dans un demi-lavement amylacé qu'elle retient un peu plus longtemps; dans la journée même, grande amélioration; il n'y a plus de fièvre ni de douleurs; les urines sont rétablies; les selles deviennent plus rares et plus faciles.

Le 17, madame G*** est très-bien; cependant, comme il lui reste une légère douleur dans un point fixe du ventre, et d'ailleurs encore sous l'influence de mes anciennes croyances, j'y fais une application de quinze sangsues; je continue les autres moyens médicamenteux : dès ce moment la convalescence se prononce; madame G... est bientôt dans son état habituel de santé.

---

(1) Ce serait une erreur que d'attribuer à cette petite quantité d'opium et aux quinze sangsues quelque influence sur cette cure remarquable; ces moyens, d'ailleurs, n'ont été employés que lorsque l'amélioration était déjà complète.

Observation de dyssenterie aiguë, guérie par la saignée générale seule, chez un homme âgé de plus de 50 ans ; recueillie et communiquée par M. le docteur Dortholan.

M. M***, capitaine au sixième régiment d'infanterie légère, digne monument de la vieille armée, quinquagénaire, d'un tempérament sanguin, était atteint, depuis plusieurs jours, de dyssenterie sans qu'il fît rien pour la combattre, lorsque, la maladie ayant augmenté, il se décida à réclamer mes soins. Il était dans un léger état de réaction fébrile, avec douleurs abdominales peu vives, borborygmes, ténesmes, envies fréquentes d'aller à la selle, où, chaque fois, il rendait du sang en quantité : je lui permis un bouillon deux fois par jour, et lui prescrivis de l'eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme, des demi-lavements amylacés avec la décoction de graine de lin et d'une tête de pavot; des potions gommeuses avec le sirop diacode.

Malgré ces moyens employés avec confiance et exactitude par le malade, dans la nuit du quatrième au cinquième jour du traitement il rendait encore une plus grande quantité de sang presque pur; je n'hésitai pas plus longtemps à lui pratiquer une saignée de six cent vingt-cinq grammes, et, dès ce moment, il ne prit plus,

pour tout remède, que de l'eau de riz; la nuit suivante, il ne rendit presque plus de sang, et, deux jours après, il a été à même de reprendre son service et son régime ordinaires.

Les circonstances les plus défavorables, telles qu'un âge déjà avancé, la faiblesse de sa constitution, une disposition nerveuse, n'ont donc pu m'empêcher de recourir à la saignée générale et d'en obtenir les mêmes résultats. C'est au praticien à savoir apprécier les forces du malade et à ne point s'en laisser imposer par la petitesse du pouls et une faiblesse apparente qui dépendent souvent, dans la dyssenterie, de l'état douloureux de l'organe malade, qui enchaîne l'action du cœur.

D'un autre côté, c'est un préjugé bien funeste que celui de croire que, chez les gens faibles, on doit respecter les phlegmasies qui dévorent rapidement leurs tissus délicats et irritables. Je suppose, par exemple, qu'un individu à frêle constitution ait un membre dans un état à compromettre ses jours, que dirait-on de l'homme de l'art qui repousserait l'amputation, seule capable de lui sauver la vie, dans la crainte de l'affaiblir? Cependant ce membre devrait lui être enlevé à tout jamais, tandis que le sang se répare avec une prodigieuse célérité, comme le fait observer Broussais.

Tels sont les importants résultats que j'avais à soumettre au jugement des médecins ; ils apprécieront consciencieusement une méthode qui, jusqu'à présent, ne compte que des succès et pas un seul revers.

En effet, je ne considère pas comme tels deux cas de flux sanguins que les saignées n'ont pu arrêter, parce qu'ils dépendaient de colites chroniques, avec ulcérations et corrosion des vaisseaux : je vais en donner l'histoire abrégée, afin de mettre les lecteurs en état de les apprécier eux-mêmes, et surtout pour mettre les praticiens en garde contre des méprises assez faciles et qui compromettraient notre méthode.

Le premier cas s'est présenté chez le nommé L***, chasseur au 19e régiment d'infanterie légère, qui, après vingt jours de séjour à l'hôpital, sortit le 15 janvier dernier, pour y rentrer le 20.

A sa rentrée, L*** avait une diarrhée des plus fortes et rendait beaucoup de sang avec des matières liquides. M. Villamur, dans le service duquel il se trouvait, croyant avoir affaire à une véritable dyssenterie, bien que cette maladie ne régnât plus, lui prescrivit, entre autres moyens, une forte saignée qui ne modifia en rien les selles, soit en nombre, soit en qualité : le lendemain, l'ayant fait réitérer sans plus de succès, il vint me prier de l'aider de mes con-

seils. Arrivé près du malade, je trouvai un homme amaigri, avec la peau froide, flasque, rugueuse, le teint terreux, enfin tous les symptômes de la colite chronique au plus haut degré; et, en effet, l'ayant interrogé à diverses reprises, je fus bientôt convaincu qu'il avait la diarrhée depuis très-longtemps, sans l'avouer, afin de manger comme de coutume.

M. Villamur, excellent observateur, ne tarda pas à partager mon opinion : il pensa, comme moi, que, dans ce cas particulier, le sang sortait d'un ulcère compliquant une colite ancienne que la saignée ne pouvait pas arrêter, et qui entraînerait infailliblement la perte du malade, à supposer même que le sang cessât de couler, ce qui ne pouvait avoir lieu que par la modification apportée dans l'ulcération par le temps et les progrès de la maladie. Cela eut lieu effectivement plus tard; mais le malade succomba le 23 mars, après avoir passé par tous les degrés du marasme.

L'autopsie a confirmé notre diagnostic en nous montrant les membranes muqueuses du rectum et du colon complétement désorganisées, avec de vastes et profonds ulcères.

Le second cas s'est présenté chez C***, fusilier au 66e régiment, entré à l'hôpital le 6 février dernier, pour une diarrhée assez violente, mais

ne l'incommodant pas au point de courir la chance d'être mis à la diète en la faisant connaître, lorsqu'à la fin de mars elle se compliqua d'un flux de sang très-considérable, avec mouvement fébrile très-prononcé; il n'en fallait pas davantage pour en imposer au médecin traitant, qui, le croyant véritablement atteint d'une colite suraiguë, le fit saigner, à plusieurs reprises, sans succès.

Appelé alors près de cet homme, je lui fis avouer qu'il avait la diarrhée depuis plus de trois mois; il était amaigri, on peut même dire dans le marasme, avec la peau flasque, rugueuse, le teint plombé et les autres symptômes de la colite chronique arrivée au plus haut degré.

Peu de temps après, cet homme succomba, et, à l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes les membranes muqueuses du rectum et du colon complétement désorganisées, et présentant de vastes et profonds ulcères.

Ces deux observations démontrent combien les praticiens doivent être circonspects pour ne pas confondre des maladies semblables en apparence, et qui, cependant, diffèrent essentiellement Le second cas, surtout, était fait pour en imposer aux médecins les plus expérimentés, à cause du mouvement fébrile bien prononcé qui

était survenu, et qui tenait, sans doute, à quelque point de phlogose accidentelle.

Ou je me trompe fort, ou il est impossible que la mortalité de l'armée d'Afrique ne diminue pas immédiatement après que la méthode des saignées répétées y aura été adoptée contre les diarrhées et les dyssenteries si communes et si souvent funestes dans ce pays; et il est difficile de croire qu'elle ne le soit pas généralement, dès qu'on aura répété mes heureux essais. Quel est le praticien qui voudrait encourir la responsabilité d'un traitement douteux, quand il connaîtra les faits renfermés dans ce mémoire ?

D'un autre côté, sous le rapport de l'économie, les avantages de cette découverte sont incalculables; l'administration de la guerre le comprendra aisément, lorsqu'elle saura que le traitement le plus simple arrête souvent, en très peu de temps, une maladie grave qui, passant à l'état chronique avec une grande facilité, s'éternisait dans nos hôpitaux, détruisait les fournitures et consommait une quantité effrayante de sangsues, déjà si chères et si rares, qu'on devait craindre de les voir manquer entièrement, surtout en campagne et dans les armées occupant les pays chauds, où ces annelides sont si difficiles à conserver.

En vérité, je me trouve heureux et fier d'avoir

été choisi par l'auteur de toutes choses pour saisir, étendre et propager une vérité pratique d'un si haut intérêt pour l'espèce humaine en général, et pour les troupes en particulier; il appartenait au plus ancien médecin de notre belle et brave armée, de contribuer si puissamment à sa conservation et à sa prospérité.

Je crois devoir terminer ce mémoire par les corollaires suivants, fruits de mon expérience et de mes réflexions :

1° La colite proprement dite, la dyssenterie ordinaire, et même la dyssenterie hémorragique, ne sont que des degrés différents de la même maladie; ce qui le prouve, c'est que la colite simple, quand elle n'est pas arrêtée, se transforme facilement en dyssenterie, comme chez la femme V***; ce qui le prouve encore, c'est qu'elles cèdent au même traitement.

2° La dyssenterie épidémique ne diffère pas essentiellement de la dyssenterie ordinaire; seulement, comme elle est produite par une cause plus active, elle est aussi plus violente, et sa marche plus rapide, surtout dans le principe de l'épidémie. Ce n'est pas un motif de chercher contre elle un traitement spécial; mais c'en est un puissant de la combattre de bonne heure et avec énergie.

3° Dans les pays chauds, comme l'Afrique, par

exemple, où les forces vitales du tube digestif sont plus développées, la colite devient facilement épidémique, et, si elle n'est combattue promptement et avec vigueur, elle se termine bientôt par la mort ou par la chronicité, qui y conduit infailliblement.

4° La colite, même la plus légère, est une maladie qui mérite de fixer l'attention des malades et de leurs médecins, surtout des officiers de santé militaires : comme elle fait peu souffrir et qu'elle n'enlève pas l'appétit, il en résulte que les sujets qui en sont atteints se négligent, continuent à vaquer à leur affaires et à manger comme de coutume; souvent même ils ont recours au vin chaud et autres toniques pour arrêter leur diarrhée, qu'ils ne considèrent que comme un relâchement : c'est ainsi qu'on peut concevoir comment il se fait qu'il entre assez souvent dans nos hôpitaux des malades atteints de colite chronique incurable.

5° Arrêter promptement les colites ordinaires par la saignée générale, qui ne manque jamais son effet, c'est prévenir des épidémies de dyssenterie, et des diarrhées chroniques non moins meurtrières.

6° La saignée générale a une action toute-puissante contre les diverses espèces de colites à *l'état aigu*. Ses effets, qui tiennent quelquefois

du prodige, ne peuvent guère s'expliquer que par une révulsion ou une dérivation particulière (1).

7° Plus la phlébotomie est pratiquée de bonne heure, et plus la révulsion est prompte et facile, ce qui s'explique par l'état des capillaires sanguins de la partie phlogosée qui, n'ayant pas encore perdu leur vitalité, réagissent aisément sur les fluides qui les congestionnent.

8° La révulsion est plus puissante et plus facile par la saignée du bras que par celle du pied.

9° Il vaut mieux tirer la même quantité de sang par une seule saignée que par deux petites, comme il vaut mieux aussi le tirer dans cinq minutes que dans vingt, trente ou quarante, parce que plus la soustraction est prompte, plus la révulsion est énergique.

10° Une forte saignée, faite en ouvrant largement la veine, suffit, le plus souvent, pour arrêter sur-le-champ la colite aiguë aux premiers jours de son invasion; presque toujours elle suffit aussi pour conjurer tout danger dans la plupart des dyssenteries voisines de leur début; toutefois, quand la maladie résiste, il ne faut pas

---

(1) J'emploie indifféremment les mots de *révulsion* ou de *dérivation*, parce que les auteurs définissent mal et ne sont pas d'accord sur le sens propre de ces mots.

craindre de la réitérer plus ou moins, selon son opiniâtreté.

11° Malheur au praticien qui, s'en laissant imposer par une fausse apparence de faiblesse ou par la concentration du pouls, craint de recourir à la saignée générale dans la dyssenterie.

12° Quand la colite n'est pas trop violente, la membrane muqueuse des gros intestins résiste encore longtemps à la désorganisation, et l'on peut tenter la révulsion par la saignée avec quelque espoir de succès; mais, quand les altérations organiques sont évidentes et annoncées par un commencement de marasme et autres symptômes connus, il faut s'en abstenir avec le plus grand soin, même quand l'état du malade se compliquerait d'un flux sanguin, parce qu'elle ne pourrait que hâter sa mort.

13° Aujourd'hui que j'ai constaté la puissance de la saignée dans le traitement des diverses colites, on peut dire que les sangsues y sont au moins inutiles, si ces maladies ne sont compliquées d'aucune autre phlegmasie; appliquées à l'anus, elles peuvent même devenir dangereuses dans la dyssenterie hémorragique. Dans ces cas graves, que peuvent-elles faire de plus que l'hémorragie, qui ne trouve pas son remède en elle-même?

14° La diète, qui est elle-même une saignée négative, est le plus puissant auxiliaire de la phlébotomie dans le traitement de toutes les colites; elle ne doit pas exclure les boissons adoucissantes et mucilagineuses, qui sont indispensables.

15° Viennent ensuite les bains de siége, les bains entiers qui aident à l'action de la saignée, en faisant eux-mêmes une sorte de révulsion sur tout le système cutané.

16° L'opium, sans être d'une indispensable nécessité, est utile et facilite la guérison quand il est donné avec précaution, et après l'usage de la saignée; il en est de même des demi-lavements amylacés-opiacés. Ce n'est point en agissant contre une certaine nervosité chimérique que l'opium est favorable dans ces cas, mais en ralentissant le mouvement péristaltique des intestins. Au reste, tous ces moyens ne sont, selon moi, que très-secondaires; avec une lancette et de la bonne eau, on peut guérir toutes les colites, même sous la forme dyssentérique, à l'état aigu.

17° Un régime léger, féculent et gradué est indispensable pour prévenir les rechutes toujours faciles; voilà pourquoi ces maladies sont si dangereuses dans nos hôpitaux, où les conva-

lescents peuvent toujours se procurer des aliments apportés à l'insu du médecin ; voilà aussi pourquoi il importe beaucoup de les arrêter le plus tôt possible par la saignée générale.

OBSERVATION

DE FRACTURE DU PARIÉTAL

avec enfoncement et compression du cerveau ; opération du trépan ; guérison ;

par M. le Dr DORTHOLAN,

chirurgien-aide-major à l'hôpital militaire de Lyon.

N***, canonnier au 6e régiment d'artillerie, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament indéterminé, fut apporté à l'hôpital militaire de Lyon, le 25 août, dans l'après-midi. Chargé, par intérim, du service du chirurgien en chef, je le trouvais à ma contre-visite et je pus m'occuper de suite de cet artilleur, qui venait de recevoir, au vertex, un coup de pied de cheval pendant qu'il était baissé pour panser le paturon d'un autre. L'exploration de la tête m'y fit reconnaître une plaie, de droite à gauche, d'environ cinquante-quatre millimètres d'étendue, à bords nettement taillés, intéressant jusqu'au péricrâne inclusivement, et correspondant à la partie antérieure et supérieure du pariétal droit, qui

offrait une fracture avec enfoncement d'un fragment de trente millimètres dans son plus grand diamètre, et de douze dans sa largeur ; son bord antérieur le plus long, déprimé de quatre millimètres, au moins, était parallèle au bord antérieur du pariétal.

Je fis, aux téguments du crâne, une incision d'arrière en avant sur la plaie transversale, et d'une longueur égale à celle-ci ; les quatre lambeaux furent disséqués, garnis d'un linge fin et relevés par un aide. M'étant assuré que la portion d'os enfoncée par son bord antérieur était fortement enclavée, je n'essayai point de la relever avec le tire-fond, et je me décidai à pratiquer incontinent la trépanation.

Le blessé étant couché dans son lit, une planche garnie d'un oreiller fut placée sous la tête, que je fis solidement maintenir par un aide, pendant qu'un second tenait les quatre lambeaux relevés. Après avoir ruginé le péricrâne, j'appliquai le trépan sur une portion d'os solide, antérieurement et à moins de deux millimètres du fragment déprimé. Le disque de l'os enlevé, je fis sauter le pont osseux, formé par la table externe seulement, qui séparait l'ouverture faite par le trépan de la dépression, et je relevai la portion d'os enfoncée avec l'élévatoire employé en levier du premier genre. La dure-mère était

décollée dans une certaine étendue, et une esquille de la table interne, de seize millim. de long et de quatre de large, était entièrement détachée et reposait sur la dure-mère, qui n'offrit point de solution de continuité; je retirai cette esquille et je fus confirmé dans l'opinion que l'opération du trépan, que je venais de faire, était formellement indiquée. Pendant la durée de l'opération, le blessé ne donna aucun signe de douleur; elle ne fut pas plutôt terminée, que la compression du cerveau cessa.

Le premier pansement fut fait de manière à prévenir la réunion des lambeaux par première intention, afin de ménager le moyen d'extraire ultérieurement le séquestre de la portion d'os qui devait nécessairement se nécroser; le sindon fut toujours placé sur l'ouverture, sans s'engager entre la dure-mère et les os du crâne, ainsi que je l'ai vu faire; cette introduction ne peut que causer de l'irritation.

Après avoir appliqué le premier appareil, je fis faire au blessé une saignée de six cent vingt-cinq grammes, et je lui fis donner de la limonade tartrique pour boisson. Déjà il répondait très-bien aux questions qu'on lui adressait; mais je recommandai qu'on ne le fît point parler; il accusait peu de douleur, et il passa une nuit assez tranquille.

Après un accident aussi grave et l'opération

qu'il avait nécessitée, je redoutais les symptômes inflammatoires, et, pour les prévenir, le lendemain 26, je lui fis faire deux autres saignées de six cent vingt-cinq grammes chacune, une le matin et l'autre le soir. La limonade tartrique étant du goût de N***, elle lui fut continuée. Son état était satisfaisant.

Le 27, même état que la veille. Diète absolue ; potion gommeuse; lavement huileux, pour entretenir la liberté du ventre.

Le 28, on remarque un peu de réaction fébrile. Même prescription. Déjections abondantes, déterminées par l'injection intestinale.

Le 29, l'état fébrile continua, néanmoins le malade souffrit peu. Levée du premier appareil : la suppuration commençait à s'établir. Diète absolue continuée, potion gommeuse, saignée de cinq cents grammes le matin. Le sang offrit un peu de couenne inflammatoire. Le soir, nouvelle saignée de même quantité.

Le 30, point de mouvement fébrile; le malade était dans l'état le plus satisfaisant. Diète; deux potions gommeuses; lavement huileux. Je permis quelques cuillerées de lait pour boisson alimentaire.

Le 31, même état; même prescription.

Le 1er septembre, le malade était toujours dans un état satisfaisant. Deux potions gom-

meuses ; deux cent cinquante grammes de lait sucré.

Le 2 et le 3, même prescription; deplus, un peu de bouillie. Les bourgeons charnus commençaient déjà à se développer sur la dure-mère.

Le 4, le malade continuait de se trouver très-bien, et il témoignait le désir de manger : crème de riz et pruneaux.

Le 5, douzième jour après l'opération, je lui donnai soupe au lait et pruneaux ; depuis il a toujours continué d'aller de mieux en mieux, sans avoir éprouvé le moindre accident.

J'augmentai peu à peu la quantité d'aliments, et, le 21 septembre, il mangeait la demie le matin, le quart le soir ; côtelettes, vermicelle au lait et quart de vin toute la journée. Ce jour-là, vingt-huitième depuis l'opération, je pus extraire, avec une pince à ligature, la portion d'os relevée après la trépanation. C'est la table externe qui a été détachée d'abord, ainsi qu'un segment d'os de deux millimètres de largeur, dont le péricrâne avait été détaché lors de l'accident, qui s'était également nécrosé, et qui circonscrivait postérieurement la portion fracturée; la table interne était divisée en trois esquilles d'inégale grandeur, ce qui, sûrement, doit être attribué à la fracture. On peut expliquer cette particularité par l'ex-

trême fragilité de cette table interne; néanmoins ces fragments n'étaient point détachés avant qu'ils fussent nécrosés, ce dont je m'étais assuré pendant l'opération, aprés avoir relevé la portion d'os enfoncée, en explorant avec une sonde plate la surface de la dure-mère décollée. S'il en avait été autrement, ces fragments auraient été une cause incessante d'irritation et d'accidents qui n'ont point existé; quand je les ai extraits, ils étaient en partie enveloppés par les bourgeons charnus considérablement développés et dont la surface offrait une plaie du plus bel aspect. L'ouverture faite par le trépan était déjà fermée par les bourgeons charnus de la dure-mère et la base de deux lambeaux antérieurs de l'incision cruciale.

A dater du 22 du même mois, le malade reçut la demie complète toute la journée. La perte de substance aux parois du crâne était remplacée par une végétation charnue qui présentait une plaie réunissant les meilleures conditions pour marcher vers la cicatrisation. Celle-ci a été complète à la fin de décembre 1838, quatre mois après l'opération, et cet espace de temps ne saurait paraître long, si l'on a égard à la nature et à la gravité de l'accident.

La trépanation, qui a été considérée, par quelques auteurs, comme presque toujours suivie de

la mort des individus qui la subissent, est, néanmoins, formellement indiquée dans certains cas de fracture des os du crâne, avec enfoncement et compression du cerveau. Cette opération offre des chances de succès bien différentes depuis que la doctrine physiologique nous a mieux fait connaître les moyens de prévenir et de combattre les symptômes inflammatoires qui, en pareille occurrence, ont dû être, plus d'une fois, la cause du grand nombre d'insuccès qui discréditèrent cette opération. L'observation que je présente pourra, ce me semble, contribuer à la réhabiliter dans l'opinion de ceux qui croient devoir y renoncer entièrement, ainsi que l'avait fait le célèbre Desault dans les dernières années de sa pratique.

OBSERVATION

D'AMPUTATION DU BRAS DANS L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE; RÉUNION IMMÉDIATE; GUÉRISON;

par M. le Dr A. GENIN,

chirurgien-aide-major, chargé en chef du service de l'hôpital militaire de Bone.

Un Arabe, âgé de vingt ans, Hamed-ben-Zaïm, de la tribu des Bouasis, voisine du camp de Nechmeya, tomba de cheval, le 1er juin 1839, et se fractura l'humérus gauche, avec plaie. Sous l'insertion deltoïdienne, le fragment supérieur, cassé en biseau, sortait, au côté externe du bras, de l'épaisseur de deux doigts, et n'avait pu être réduit. Mais, dans les tentatives de réduction faites par le guérisseur de la tribu, l'artère brachiale ayant été lésée par la pointe du fragment inférieur, on n'avait trouvé moyen d'arrêter l'hémorragie qu'en liant circulairement, avec une corde de poil de chameau, le membre, qui était ensuite tombé en gangrène.

Le blessé fut amené, dans cet état, le 11 juin, à l'hôpital de Bone. Le bras, sphacélé jusqu'aux

attaches des muscles grand pectoral et dorsal, reposant sur une outre remplie de laine, était enveloppé d'un morceau de haïck, recouvert d'amulettes, et sillonné, dans son putrilage, par des milliers de vers.

La ligne de démarcation des parties mortes se trouvant d'ailleurs bien tracée, l'amputation fut faite aussitôt, et le bras détaché de l'épaule avec facilité, sans que le malade, doué d'une grande énergie morale, fît entendre de plaintes et parût éprouver beaucoup de souffrance. Après la ligature des artères, les bords de la plaie, qui avaient environ trois décimètres d'étendue, furent rapprochés avec soin et maintenus en contact par une dizaine de bandelettes agglutinatives ; un linge fenêtré enduit de styrax, quelques gâteaux de charpie, des compresses longuettes et une bande appliquée en spica complétèrent l'appareil.

Quoique la perte du sang eût été peu considérable pendant l'ablation du membre, le malade, affaibli par dix jours de fièvre éliminatoire, ne fut pas saigné après l'opération, et, pendant la semaine qui suivit, ne voulut prendre, avec un léger régime alimentaire, que de l'eau pure pour boisson, et quelques potions opiacées données dans le but de prévenir le tétanos, assez commun dans ce climat.

Le bandage ne fut changé qu'au bout de huit jours, et alors tout le fond de la plaie, ainsi que les deux tiers supérieurs des bords, étaient parfaitement réunis; quelques points seuls offraient une légère suppuration de bonne nature, et, parmi eux, celui d'où s'échappaient les ligatures, qui furent retirées quatre jours après.

Les pansements furent continués de la même manière; et, vers la fin du mois, il ne restait plus que quelques bourgeons charnus à réprimer, lorsque le malade, qui se levait et se promenait depuis plusieurs jours, se refroidit, le soir, par la brise de mer, et fut pris de diarrhée; en même temps, un commencement de pourriture d'hôpital se prononça sur le seul point des bords de la plaie qui ne fût pas encore cicatrisé. Ces accidents, qui entravèrent quelque temps la guérison, cédèrent cependant à l'emploi du sulfate de quinine à l'intérieur et de la décoction de quinquina en lotions.

Le jeune Arabe sortit de l'hôpital, pour retourner dans sa tribu, le 13 du mois suivant, parfaitement rétabli.

NOTE

SUR UNE CHUTE DE DIX MÈTRES DE HAUT SUR LA PARTIE DROITE DE LA TÊTE ET DE LA NUQUE; COMMOTION DU CERVEAU; ÉPANCHEMENT; PARALYSIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE; GUÉRISON;

par M. BERTRAND,

chirurgien-aide-major, chargé du service de santé des ateliers des militaires condamnés aux travaux publics de la Belle-Croix.

V*** (Jean-Joseph), condamné, étant dans un état d'ivresse, tomba, le 17 juillet 1839, du haut du canal à dix mètres de profondeur. Il perdit aussitôt connaissance et fut apporté, à quatre heures du soir, à l'infirmerie des ateliers, où je le trouvai dans l'état suivant :

Immobilité et insensibilité générales; la face était pâle, et, à l'exception des battements très-obscurs du cœur, tout, chez V***, avait l'apparence de la mort.

Informé des circonstances de la chute, je jugeai qu'il y avait eu commotion forte et épanchement; les parois du crâne conservaient leur intégrité; il n'existait ni fracture, ni luxation des membres; il y avait effusion de sang par l'oreille droite. La

partie latérale droite de la tête et la nuque avaient reçu le choc principal. S'opposer à un afflux plus considérable de sang vers le cerveau me parut la seule indication à remplir : le cas était pressant, les moyens devaient être prompts et actifs. Je pratiquai de suite une saignée au bras droit, qui ne me donna que peu de sang, à cause de la concentration cérébrale; aussitôt après la saignée, j'appliquai deux ventouses avec des scarifications profondes à la nuque, et je fis placer de larges sinapismes aux deux pieds. Trois heures après, V*** avait vomi une grande quantité d'aliments et de boissons : le pouls était un peu relevé, les mâchoires étaient un peu resserrées, l'état comateux persistait. Je rouvris la saignée du bras, de laquelle je n'obtins que cent soixante ou cent quatre-vingts grammes de sang. La congestion cérébrale continuait à s'opposer au mouvement fluxionnaire de la saignée; je continuai l'application des sinapismes.

Le lendemain, au matin, le blessé était agité de mouvements convulsifs du côté droit du corps; le membre supérieur gauche était paralysé; il y avait grincement de dents; la vie de relation était nulle, le visage était rouge, le pouls devenu plein et tendu. Je pratiquai une troisième saignée, qui, cette fois, me donna de deux cent cinquante à trois cents grammes de sang; je levai les

sinapismes, qui avaient produit un peu de rougeur, et je fis administrer, deux heures après, un lavement fortement purgatif. Dans la journée, le blessé était dans le même état; le soir, je lui fis appliquer trente sangsues entre la tempe et l'apophyse mastoïde du côté droit.

Le 19, mêmes symptômes; le malade avalait, avec beaucoup de difficulté, quelques gorgées de tisane. Application, à la base du crâne, de trente nouvelles sangsues.

Du 19 au 23, même contraction des membres du côté droit, grincement presque continuel des mâchoires, persistance de la paralysie du membre gauche, état de torpeur des organes des sens; l'aphonie continue. Pendant ces quatre jours, la médication consiste en plusieurs ventouses scarifiées sur la colonne cervicale, en frictions avec la teinture de cantharides sur cette région et sur le membre paralysé; un second lavement purgatif est administré, des sinapismes sont promenés sur les extrémités inférieures.

Le 24, amélioration sensible dans l'état du blessé; la stupeur est moindre, V*** paraît s'occuper de ce qui se passe autour de lui; la vue et l'ouïe commencent à se rétablir, mais la parole est toujours nulle; le membre gauche encore paralysé, le blessé s'agite beaucoup. Un vésicatoire est appliqué au bras droit; les frictions canthari-

dées sur le membre paralysé sont continuées, et des frictions sèches sont pratiquées sur les membres abdominaux.

Le 25, l'état du blessé devient plus satisfaisant, il semble se réveiller d'un long sommeil. Avec les mouvements du bras gauche la parole se rétablit; V*** répond par oui et par non aux questions qu'on lui fait. Le vésicatoire, qui jette abondamment, est entretenu. Une nourriture légère est accordée au malade; les frictions sont continuées.

Le 26, l'amélioration de la santé du blessé est encore plus grande, il a recouvré une plus forte somme de facultés, la mémoire est celle qui se fait le plus longtemps attendre; il ne trouve le nom, ni de quelques personnes, ni de certaines choses; le vésicatoire suppure beaucoup. Même médication et même régime que la veille.

Les 27, 28, 29, 30 et 31, l'état de V*** s'est amélioré graduellement; il ne restait plus que du trouble dans les idées : la mémoire et la jouissance des autres facultés commencent à revenir. La nourriture est augmentée, le vésicatoire est entretenu, la promenade est prescrite, sans autre médication.

Du 1er au 10 août, aucun phénomène notable n'est venu troubler la marche de la guérison. A cette époque, les accidents les plus graves avaient

disparu, il ne restait plus qu'un léger trouble des idées et de la mémoire, et une faiblesse consécutive dans les organes de la locomotion. Tout fait espérer que ces dérangements ne seront que passagers.

NOTE

SUR

L'ACIDE HYPOSULFUREUX LIBRE;

par M. LANGLOIS,

pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.

Depuis les travaux de W. Herschell et de M. Gay-Lussac sur l'acide hyposulfureux et ses combinaisons, on n'a rien publié, je crois, sur ce sujet. Ces savants ont essayé d'isoler cet acide en décomposant l'hyposulfite de strontiane par les acides forts. Herschell employa l'acide sulfurique, et M. Gay-Lussac se servit d'acide chlorhydrique dissous dans l'alcool. Mais, quel que fût le procédé mis en usage, l'acide n'avait qu'une existence éphémère; il se transformait bientôt en gaz sulfureux et en soufre, encore n'était-il pas pur.

Ces recherches prouvaient cependant que l'acide hyposulfureux existait, et qu'en variant les moyens on pourrait sans doute, un jour, le mettre en liberté.

L'étude de l'hyposulfite de potasse m'a conduit

à cette découverte. Ce sel fut obtenu par la méthode ordinaire, en faisant réagir le soufre sur une dissolution de bisulfite de potasse. Ses caractères physiques ne sont pas les mêmes que ceux indiqués par le chimiste anglais et les autres auteurs. La forme de ses cristaux est prismatique et non aiguillée; il n'est pas déliquescent, et rougit la teinture de tournesol. Dissous dans l'eau et soumis à l'action des acides énergiques, il n'éprouve aucune altération.

Après avoir versé, dans cette dissolution, un excès d'acide sulfurique, la liqueur fut abandonnée à elle-même pendant plusieurs jours, et n'a point perdu de sa transparence. Ce qui est digne de remarque, c'est que l'eau-mère, dans laquelle les cristaux d'hyposulfite ont pris naissance, produit, par les acides, de la vapeur sulfureuse et un dépôt de soufre. La force qui préside à la cristallisation semble donc modifier la constitution du sel, puisque les cristaux ne se comportent pas comme le liquide qui les a fournis.

Ces observations conduisaient naturellement à faire des essais pour isoler l'acide hyposulfureux de l'hyposulfite de potasse.

J'ai d'abord employé l'acide tartrique, j'ai obtenu facilement un précipité de bi-tartrate de potasse, sans aucun signe de décomposition de l'acide mis en liberté. J'aurais pu persister dans

ce moyen, mais j'ai préféré me servir d'acide perchlorique, qui forme, avec la potasse, un sel plus insoluble encore que celui produit par l'acide tartrique.

Ayant fait dissoudre l'hyposulfite de potasse dans l'eau froide, j'ai versé par petites parties, dans la solution, de l'acide perchlorique. Le perchlorate de potasse se dépose promptement et le liquide reste transparent. Avec un peu d'attention, il est facile d'atteindre le point où la liqueur ne contient ni acide perchlorique, ni hyposulfite de potasse, mais seulement de l'acide hyposulfureux. On filtre ensuite pour séparer le perchlorate.

La concentration de l'acide ne peut avoir lieu qu'à une douce chaleur; si la température s'élève trop, il ne tarde pas à se décomposer. Pour parer à cet inconvénient, il vaut mieux le concentrer au-dessus de l'acide sulfurique dans le vide de la machine pneumatique.

L'acide ainsi obtenu est liquide, inodore et sans couleur; sa consistance est légèrement sirupeuse. Il arrive un moment où sa densité ne peut être augmentée sans en décomposer une partie. Sa saveur est fortement acide et amère; il ne paraît pas très-caustique.

Exposé à l'air libre, il en attire l'humidité.

Introduit dans un petit tube de verre et

chauffé, l'acide hyposulfureux se décompose à la température de 80 degrés cent. Il se produit du gaz acide sulfureux et un dépôt de soufre.

Il ne trouble pas les sels de chaux et de strontiane. Le précipité qu'il forme dans la solution de baryte disparaît en ajoutant de l'eau distillée ou quelques gouttes d'acide nitrique.

Il ne produit rien dans les dissolutions des sels de fer, de zinc et de cuivre.

Dans les sels de plomb, il détermine un précipité blanc, qui devient noir par la chaleur.

Il forme d'abord, dans la solution de nitrate d'argent, un dépôt blanc jaunâtre qui prend aussitôt une couleur noire. Il se produit du sulfure et du sulfate d'argent.

Les sels de mercure et de platine sont précipités en noir.

Il agit, comme on le voit, sur les différents sels de la même manière que l'hyposulfite de potasse.

L'acide nitrique réagit instantanément sur l'acide hyposulfureux; du deutoxyde d'azote se dégage, du soufre se dépose, et la liqueur contient de l'acide sulfurique.

L'action de l'acide chlorique n'est pas moins remarquable que celle de l'acide nitrique; la décomposition des deux acides a lieu immédiatement avec un mouvement tumultueux. On voit apparaître du soufre, du chlore, et les réactifs indiquent,

dans la liqueur, la présence de l'acide sulfurique. Le phénomène est semblable à celui que l'on observe quand on laisse tomber quelques gouttes d'acide chlorique sur l'alcool ou sur l'éther. Dans ce dernier cas, il y a, de plus, inflammation du corps combustible en excès.

L'acide chlorique, dont l'action est si vive sur l'acide hyposulfureux, n'agit pas sur l'hyposulfite de potasse.

L'emploi de l'acide perchlorique, pour extraire l'acide hyposulfureux, devait faire présumer que ces deux acides pouvaient se trouver en présence sans se détruire. En effet, l'acide perchlorique, mêlé à l'acide hyposulfureux, n'a rien produit.

L'acide sulfurique paraît en opérer la décomposition en élevant la température. L'acide chlorhydrique est sans action sur lui.

Je n'ai point fait d'expérience pour établir directement la composition de l'acide hyposulfureux. Mes recherches, à cet égard, n'ont eu lieu que sur l'hyposulfite de potasse. Je suis à peu près certain que dans cet acide le soufre et l'oxygène se trouvent dans les proportions indiquées par M. Gay-Lussac. L'hyposulfite de potasse, chauffé sur une lame de platine ou dans un tube de verre, laisse échapper du soufre; le résidu est formé entièrement de sulfate neutre

de potasse, sans sous-sulfate ni sulfure. Ce fait ne pourrait bien s'expliquer qu'en considérant ce sel comme formé d'un atome de potasse et de trois atomes d'acide hyposulfureux. La chaleur détruirait deux atomes d'acide dont l'oxygène se porterait sur un atome non décomposé, pour former l'acide sulfurique, retenu par l'oxyde de potassium.

L'étude des hyposulfites me paraît mériter d'être reprise, et je me propose de m'occuper sérieusement de cette partie de la science.

HOPITAL MILITAIRE DE PERFECTIONNEMENT.

Une nombreuse réunion d'officiers de santé de tous grades eut lieu, le samedi 6 juin, à l'amphithéâtre de l'Hôpital militaire de perfectionnement, pour la distribution solennelle des médailles. L'assemblée était présidée, au nom de M. le ministre de la guerre, par M. Boissy-d'Anglas, intendant de la première division militaire, assisté de M. le baron Larrey, représentant seul le conseil de santé, ses collègues étant en tournée d'inspection ; de M. Vauthier, sous-intendant chargé de la surveillance administrative des hôpitaux militaires de Paris; et de M. Marie, chef du bureau des hôpitaux, au ministère de la guerre.

La séance a été ouverte par une allocution prononcée par M. Boissy-d'Anglas. Cette courte improvisation, remplie d'expressions de bienveillance et d'encouragement, rappelait aux jeunes officiers de santé leurs devoirs; les exhortait à l'étude, à imiter leurs devanciers, qui donnent de toutes parts, dans les hôpitaux et à l'armée, non-seulement des preuves de leurs connaissances, mais des marques signalées de zèle et de dé-

vouement. L'exemple tout récent de MM. Gugelot, chirurgien-aide-major au 3e bataillon d'Afrique, et Cardaillac, aide-major au 62e régiment, cités avec éloge dans le rapport de M. le général de Galbois, du 16 mai dernier, pour leur empressement à porter des secours aux blessés jusque sous le feu de l'ennemi, a fourni à l'orateur une occasion toute naturelle de mettre une aussi belle conduite en évidence, et de l'offrir comme un modèle aux élèves qui doivent suivre la même carrière.

La parole ayant été donnée à M. Vaillant, médecin ordinaire et professeur à l'établissement, il a prononcé le discours suivant. Les chefs qui en présidaient l'assemblée ont unanimement et immédiatement émis le vœu de le voir insérer dans le recueil des *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*.

Les vainqueurs sont ensuite venus, au son des fanfares d'une musique militaire, recevoir leur récompense des mains de M. l'intendant de la première division, qui en a rehaussé le prix en y joignant une cordiale accolade.

DISCOURS de M. VAILLANT, *médecin ordinaire, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement.*

MESSIEURS,

Dans les solennités annuelles, semblables à celle qui nous réunit en ce moment, des récompenses sont accordées aux chirurgiens-sous-aides et aux élèves qui se sont le plus distingués dans les concours qui terminent les études de chaque année.

En venant ainsi clore chaque période de l'instruction, ces concours ne se bornent pas à constater la capacité exigée pour la promotion aux premiers grades; ils se trouvent aussi reliés aux diverses formes de l'enseignement spécial établi pour former des officiers de santé militaires : ils en constituent eux-mêmes un des principaux moyens, en excitant le travail par l'émulation; aussi les règlements y admettent seulement ceux qui ont passé un temps déterminé dans les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement; et tous sont appelés, afin que chacun, obligé d'y apporter les témoignages authentiques de ses progrès, emploie utilement, dans ce but, le temps qui les précède.

Le concours extraordinaire que nous venons de terminer et qui va recevoir aujourd'hui sa sanction a eu pour but de pourvoir aux emplois vacants de chirurgien et de pharmacien aides-majors. Pour satisfaire aux exigences du service, il a été nécessaire d'y convoquer, de tous les hôpitaux, les sous-aides qui pouvaient se présenter munis du diplôme de docteur ou de maître en pharmacie; ils ont été, par là, relevés de l'obligation d'accomplir le temps qu'ils avaient à passer dans les hôpitaux d'instruc-

tion et de perfectionnement; et les actes de ce concours étant la dernière garantie d'instruction qui sera exigée de ceux auxquels la décision du jury d'examen a été favorable, leur éducation médicale est, par là même, déclarée terminée et complète.

Vous donc, messieurs, qui venez de parcourir avec succès cette dernière série d'épreuves, vous avez désormais franchi les limites qui séparent l'élève du maître; vous allez être appelés à mettre en œuvre ce que vous avez recueilli pendant une longue durée d'études difficiles, laborieuses. Jusqu'ici, c'est dans des vues d'avenir que vous avez supporté ce qu'elles exigent de peines et de courage; vous avez dû rechercher des doctrines, étudier des théories, apprendre à observer, recueillir des préceptes. Si vos fonctions ont été pratiques, elles sont restées subordonnées à une inspiration étrangère à vous-mêmes; vous étiez sous la direction de vos chefs, quand vous concouriez, par vos actes, au but qu'eux-mêmes recherchaient. Maintenant ces fonctions vont être indépendantes; vous en devenez vous-mêmes les chefs, les directeurs, disposant par elles de la santé, de la vie des hommes, et responsables, le plus souvent, devant votre seule conscience.

Ainsi livrés à vos propres lumières, munis des connaissances positives que vous avez acquises depuis votre début dans la carrière, gardez-vous de croire qu'il vous suffit d'en avoir donné des preuves réitérées soit devant les Facultés, soit devant nos jurys d'examen, et que vous pourrez, sans autre condition, soutenir cette imposante responsabilité, et réduire en application les préceptes de l'art que vous avez embrassé.

On peut être excellent anatomiste et avoir fait les dissections les plus délicates; on peut savoir apprécier l'ac-

tion physiologique des organes dans leurs diverses fonctions; avoir des notions très-étendues dans les sciences chimiques et physiques; connaître l'histoire des substances thérapeutiques et leur action générale sur l'économie; composer des dissertations savantes, philosophiques même, sur les diverses parties de la pathologie; décrire les méthodes et les procédés les plus compliqués comme les plus simples de toutes les opérations chirurgicales; on peut, dis-je, être riche de ces connaissances très-précieuses, et néanmoins rester à jamais médecin médiocre, inhabile opérateur. Il faut, pour devenir un praticien distingué, savoir faire usage de tous ces moyens, c'est-à-dire qu'à la science il faut joindre l'expérience; et, celle-ci, vous ne pouvez l'acquérir qu'en faisant par vous-mêmes l'application des règles puisées dans les livres et dans les cours, surtout recueillies dans les cliniques; car la position de l'observateur est bien différente, suivant qu'il dirige lui-même l'observation, ou qu'il en suit les divers éléments, sans agir sur les conditions qui peuvent en modifier les circonstances. Assurément les observations faites de cette seconde manière sont un moyen excellent de se préparer à l'expérience; elles doivent même toujours précéder celles que l'on sera appelé, plus tard, à diriger soi-même: voilà pourquoi, parmi les nombreux et divers perfectionnements modernes introduits dans l'enseignement, on a surtout lieu de se féliciter de ceux qui concernent les cliniques. Mais les résultats que l'élève retire de ces observations sont une disposition à l'expérience, et non encore l'expérience elle-même. On ne peut acquérir celle-ci que par l'exercice, que par l'action: pour parvenir à la posséder, il faut avoir reçu de la nature une disposition spéciale, une combinaison heureuse de plu-

sieurs qualités en harmonie avec le but que l'art se propose et les moyens qu'il emploie pour l'atteindre ; une grande sagacité ; une finesse exquise de sens ; une attention scrupuleuse, étendue, soutenue ; une réunion telle qu'on puisse embrasser avec ensemble et rapidité la multitude des faits morbides qui frappent les sens ; pénétrer l'écorce des phénomènes les plus apparents, pour discerner et saisir ceux qui sont plus importants, se fixer enfin sur ceux qui vont servir de base à l'intervention dans les actes de l'économie. C'est une faculté particulière dépendante de notre organisation ; mais, comme les autres facultés, elle est susceptible d'être développée par l'exercice et la réflexion, de même qu'elle est exposée à se perdre par l'inaction ou la légèreté : nous devons donc la cultiver, l'agrandir, chercher à lui donner le plus haut degré possible de perfectionnement, par une application constante à bien diriger nos premiers actes de pratique et à en suivre les résultats. Si cette aptitude spéciale, indispensable à l'exercice de notre profession, n'est pas toujours unie aux qualités brillantes de l'esprit, si elle n'accompagne pas nécessairement les connaissances les plus variées et les plus approfondies des diverses parties des sciences médicales, de même que la dextérité dans l'opération n'est pas toujours inséparable du savoir le plus étendu, le plus positif en pathologie externe, il ne faut pas perdre de vue un instant qu'elle en invoque incessamment l'appui, que l'expérience devient bientôt une aveugle et dangereuse routine, si on cesse d'entretenir, de consolider les connaissances positives qui ont été l'objet principal de nos études préparatoires. Dès votre début dans la pratique, vous en connaîtrez la nécessité ; à mesure que vous avancerez, vous aurez l'occasion de rectifier bien des

idées légèrement admises, des jugements hasardés, des opinions erronées. Dans les faits mêmes que vous avez le plus fréquemment observés auparavant, vous trouverez de nouveaux aperçus dont vous ne vous serez pas doutés jusque-là, parce que vos études antérieures les avaient admis dans des conditions théoriques trop absolues ou mal comprises, que votre expérience journalière tendra sans cesse à rendre plus claires, plus positives.

Les moyens de parvenir à ce résultat, d'acquérir l'expérience, vous sont offerts dans l'accomplissement des fonctions attachées aux emplois où vous allez être appelés. Vous exercerez les actes toujours importants de votre ministère, en vous efforçant d'arriver à un double résultat : l'un, une œuvre accomplie, utile à celui qu'elle a pour but immédiat de conserver ou de rendre à la santé, et l'autre, le perfectionnement des moyens que vous employez pour parvenir à ce but.

On doit convenir, sans doute, que toutes les positions où vous vous trouverez placés n'offrent pas, sous ce rapport, les mêmes avantages. Il est bien différent d'être envoyé dans les hôpitaux, les ambulances, ou d'être attaché aux corps de troupes. Le service des hôpitaux et des ambulances est assurément celui qui offre les moyens les plus nombreux et les plus complets d'acquérir l'expérience ; il nous met sans cesse en présence des faits qui peuvent nous assurer de la valeur de notre instruction médicale, qui nous amènent sans effort à la vérification des diverses connaissances qu'ils constituent ; il nous fournit les occasions les plus multipliées et les plus variées d'application des règles de l'art. Le service dans les régiments est-il entièrement dépourvu de ces avantages? ne donne-t-il que rarement lieu à la manifestation de la

science qu'on exige de vous, du désir qui vous anime de vous rendre utiles? ne pourrez-vous y satisfaire l'ambition louable de réduire les préceptes en pratique et de pouvoir en suivre les résultats? Non, messieurs, il n'en est point ainsi : dans ce service on est exposé sans cesse à rencontrer, soit comme médecin, soit comme chirurgien, les circonstances les plus difficiles, les plus embarrassantes, qui exigeront toute la sagacité, toute la promptitude de jugement et d'action de l'homme le plus habile, le plus expérimenté. Quel chirurgien de régiment peut jamais affirmer qu'il ne va pas se trouver, à l'instant même, seul, en présence de grandes blessures, de maladies graves survenues subitement, et qui ne souffriront aucun retard dans l'emploi des secours qu'elles réclament? Aussi tous sentent qu'ils ne seraient pas dignes de leurs fonctions, si la perte ou la mutilation des hommes pouvait être le résultat de leur incapacité; tous sont convaincus de la nécessité d'être toujours prêts, et tous incessamment travaillent à s'y maintenir.

Ce n'est pas seulement dans ces circonstances graves, extraordinaires, moins rares pourtant que vous pourriez le penser, que le service des corps réclame une application pratique et forme à l'expérience; c'est encore et surtout dans l'accomplissement journalier des fonctions que vous avez à y remplir. Avant d'arriver aux hôpitaux, les hommes dont la santé vous est confiée viennent réclamer vos secours, ils sont soumis à votre examen; dans ces détails du service, vous verrez s'offrir à votre observation des maladies de tous genres, de tous degrés, le plus souvent à leur début encore, quelquefois à un état de développement plus avancé. Vous y trouverez l'occasion de vous exercer à toutes les parties de la pratique; vous aurez à

distinguer celles de ces maladies qui exigent le séjour aux hôpitaux, celles auxquelles suffisent des soins moins prolongés ; vous administrerez des secours, non-seulement à ces dernières dont vous complétez seuls le traitement, mais encore aux plus graves qui vous présenteraient une indication urgente à remplir. Les hommes qui en sont atteints ne vous échappent pas entièrement ; vous pouvez les suivre pendant le traitement dans les hôpitaux ; à leur retour aux corps, vous aurez à surveiller les convalescences, à prévenir les rechutes. Quant à l'application des préceptes hygiéniques, la position dans les régiments est la plus favorable. Les hommes qui composent le corps auquel vous êtes attachés sont soumis à des conditions communes, de nourriture, de vêtements, d'habitation, d'exercices ; comme ils sont renouvelés par fractions, à des époques éloignées, un certain nombre, parmi eux, est placé dans des conditions particulières d'origine, d'âge, de durée de service, enfin chacun a ses conditions propres de constitution et d'habitudes antérieures. En suivant la formation et le développement de la plupart de leurs maladies, vous pourrez vous appliquer à reconnaître et apprécier celles qui tiennent à des causes générales à toute la population au milieu de laquelle ils se trouvent, celles qui doivent leur naissance aux conditions communes à tous les corps, ou particulières à une classe d'entre eux, à les distinguer de celles qui dépendent des conditions personnelles à chacun d'eux, ou qui sont le résultat d'imprudence ou d'accidents. Combien, souvent, notre position dans les hôpitaux ne nous a-t-elle pas fait remarquer qu'une affection commune dans nos salles frappe exclusivement les militaires d'un seul régiment ; qu'elle a commencé à se manifester sur eux avant d'étendre ses

ravages sur les autres; ou, enfin, qu'elle les attaque plus fortement ou qu'elle en atteint un plus grand nombre? Dans ces circonstances, l'homme le plus à portée d'en découvrir les causes, d'indiquer et d'appliquer les moyens qui peuvent en arrêter les progrès, en prévenir le retour, est le chirurgien de régiment; et c'est par l'association des travaux de toutes les divisions d'officiers de santé que de tels malheurs peuvent être rendus moins funestes et moins fréquents.

Enfin, quand les corps de troupes sont éloignés des hôpitaux, dans les positions détachées, dans les marches, quelquefois pendant la paix à l'intérieur, plus fréquemment pendant les opérations de la guerre, vous réunissez seuls les fonctions qui, dans les circonstances plus régulières, sont réparties à plusieurs; vous en avez tous les devoirs à remplir. Trop souvent alors vous aurez à craindre de ne pouvoir, autant que vous en auriez le désir, assurer par la réflexion le succès des actes de votre ministère, parce que l'action même exigera l'emploi de tout votre temps.

Ainsi, messieurs, dans toutes les positions où vous serez appelés, vous ne pourrez manquer de faire ressortir à l'œuvre ce qui n'existe encore dans votre esprit que comme instrument d'action. Il faut que vous en constatiez la valeur dès votre début dans la carrière vraiment active, et que les éléments de l'expérience qui sont en vous, ceux que vous avez acquis par l'étude, ceux qui sont un don de la nature se transforment en une expérience réelle, guide véritable et sûr, que vous ne quitterez plus; car il ne faut pas croire qu'on ne puisse acquérir cette indispensable condition qu'à un âge avancé, après de longues années passées au lit des malades.

Il serait bien malheureux pour l'humanité qu'on ne devînt apte à exercer notre art qu'au moment où l'on touche à la fin de la vie et qu'on ne peut plus en faire d'application. Heureusement, il n'en est point ainsi : le long exercice ne donne pas l'expérience, il l'agrandit, la perfectionne, quand elle existe; il conduit à cette promptitude de détermination qui fait reconnaître, juger, agir avec autant de célérité que de certitude. Si, dès les premières années de la pratique, on ne s'établit pas un fonds d'expérience assez solide pour s'y appuyer dans l'avenir, on n'y parviendra jamais : où c'est le talent qui manque, il ne s'acquiert pas; où c'est la science, il est trop tard pour commencer à étudier ; où c'est la méthode qui est fausse, elle égarera toujours.

Telles sont, messieurs, les conditions indispensables au praticien ; mais il rencontrera des obstacles qui peuvent l'arrêter dès son début, ou entraver ses progrès. La plupart consistent dans des difficultés inhérentes aux choses mêmes sur lesquelles l'art s'exerce; ceux-là, vous les avez prévus, vous vous êtes depuis longtemps préparés à les surmonter. Je veux vous en signaler un autre qui paralyserait vos dispositions naturelles les plus heureuses, et rendrait stériles les travaux préparatoires que vous désirez voir enfin fructifier : c'est le défaut de foi en notre art. Il est nécessaire de vous prémunir contre ce danger ; il est rendu imminent par la prédominance, à notre époque, du scepticisme qui attaque toute science basée sur une certitude pratique ; et, comme notre art repose sur des fondements de ce genre, il ne peut guère échapper à l'influence de ces opinions critiques. Pendant quelque temps, le terrain de la médecine a été défendu contre ces envahissements funestes par le génie puissant qui fit prévaloir

une doctrine forte, clairement coordonnée, essentiellement pratique. Les hommes judicieux entrés dans la carrière en même temps que lui, ceux qui avaient l'esprit le plus droit et le plus dégagé de préjugés l'acceptèrent, parce qu'elle leur offrit un moyen désiré de relier entre eux les divers éléments de la science, qu'ils avaient trouvés épars et incohérents ; et, dans l'application, ils eurent à se féliciter de leurs succès. La génération médicale qui lui dut naissance marchait avec ardeur dans la voie qu'il avait tracée et arrivait à des résultats heureux, parce qu'elle poursuivait avec confiance un but clairement aperçu. Les nombreux travaux que suscita cette importante révolution imprimèrent aux sciences médicales une impulsion telle qu'ils firent en peu de temps d'immenses progrès ; il en résulta que les nouveaux faits introduits parurent ne pouvoir se coordonner aussi clairement avec ceux qui existaient, et durent trouver difficilement place dans le cadre systématique. Depuis, surtout, que son illustre auteur a été enlevé à la science, la difficulté d'en opérer le rapprochement complet s'est fait plus vivement sentir, et nul encore n'a osé tenter une semblable entreprise. Presque tous ceux qui ont mission d'expliquer la science, ceux qui veulent contribuer à ses progrès par l'enseignement et les écrits, suivent chacun une voie isolée ; envisageant d'une manière différente le même ordre de faits, ils arrivent à des interprétations opposées. Ceux qui se chargent de diriger les applications pratiques, cherchant à créer une méthode particulière, proclament des préceptes contradictoires qu'ils appuient également sur des résultats cliniques. Il semble que, dans cet état de l'enseignement, le jeune médecin qui est venu réclamer une véritable science, des règles sûres de pratique, n'a pu recevoir

que le doute et l'incertitude. Ce serait le résultat le plus funeste qu'il aurait obtenu de tant d'études et de travaux, soutenus avec courage, pour arriver à un but d'action ; et s'il est habitué à suivre, dans sa conduite, les impulsions d'une conscience éclairée, il devrait reculer d'effroi dans la première circonstance où son ministère serait invoqué, plutôt que d'être le dispensateur infidèle d'un art qui ne serait, à ses yeux, qu'un tissu d'erreurs et de mensonge.

Je ne dois pas ici vérifier les théories, ni discuter les fondements sur lesquels vous allez appuyer les actes si importants de votre pratique ; mais il faut dès à présent que vous trouviez en vous-mêmes, dans les doctrines dont vous êtes imbus, à l'aide de la méthode que vous êtes habitués à suivre, les motifs de détermination pour toutes les circonstances d'application pratique ; de même que tout homme doit trouver dans sa conscience un guide sûr pour toutes les actions de sa vie, bien que les doctrines de l'ordre moral soient, comme celles de la médecine, livrées à la controverse. Il me suffira de vous faire remarquer que les règles déduites des résultats cliniques, toutes différentes qu'elles soient proclamées par chacun des observateurs qui veut faire prévaloir sa médication, ne sont pas en réalité dans l'état d'opposition où elles nous apparaissent dans les termes. Ce n'est qu'à l'aide des principes théoriques que nous pouvons prononcer qu'il y a contradiction entre deux ou plusieurs indications érigées en préceptes par des observateurs différents ; si ces observateurs sont également recommandables par leurs talents, leur science et leur bonne foi, nous devons admettre que les indications diverses existent sans se détruire, mais que nos vues théoriques ne se trouvent pas assez vastes

pour les renfermer ; que, pour les comprendre sans contradiction, il y a, au delà de nos principes, des formules plus générales encore cachées, et vers lesquelles nous avançons tous les jours, à raison des progrès toujours soutenus de la science. Ainsi, dans ces circonstances, chacun des opposants se sert d'un instrument à l'aide duquel il réussit, parce qu'il en a plus étudié l'usage, qu'il en connaît mieux l'emploi et qu'il sait le manier avec plus d'assurance. Le médecin alors se trouve, relativement à l'indication thérapeutique, dans la même situation que le chirurgien en présence de plusieurs procédés opératoires diversement appréciés par des maîtres recommandables ; le meilleur procédé est toujours celui qu'il connaît le mieux, qu'il a mis le plus souvent en pratique, et qui lui a donné le plus de succès.

Avoir foi en notre art n'est pas avoir une aveugle présomption qui ne reconnaîtrait aucune limite infranchissable à sa puissance, qui prétendrait posséder des remèdes toujours infaillibles et guérir toutes les maladies ; mais c'est avoir une conviction éclairée, basée sur la bonne direction de nos études et sur les résultats eux-mêmes de notre expérience ; c'est être persuadé que les moyens que nous employons sont les plus appropriés aux maladies que nous traitons, qu'avec eux nous parviendrons souvent à guérir le malade, à prolonger son existence en retardant les progrès du mal, à assoupir sa douleur, presque toujours à le soulager. Vous reconnaîtrez facilement ceux qui possèdent cette assurance : ils restent stables dans leur méthode de traitement, parce qu'ils en connaissent la valeur ; ils ne laissent pas leurs opinions varier à tout vent de doctrine ; ils n'admettent qu'avec une excessive réserve toute médication nouvelle, même long-

temps éprouvée par la pratique des autres ; et jamais, au lit des malades, ils ne donneront le spectacle affligeant de tentatives hasardeuses, enfantées par le désir de paraître avoir enrichi la thérapeutique de moyens nouveaux.

Si vous examinez, dans la pratique, les résultats de cette confiance dans les ressources de notre art, vous verrez clairement que les médecins qui en sont soutenus sont les plus heureux dans leur traitement, qu'ils obtiennent le plus de guérisons. Reposez vos regards sur ceux qui sont livrés au scepticisme systématique, soit qu'ils en fassent profession, soit qu'ils le manifestent seulement par leur variation dans les méthodes, leur hésitation dans l'application du traitement ; en découvrant les résultats malheureux auxquels ils aboutissent, vous acquerrez la conviction que le médecin, sans la confiance en son art, ne peut arriver à aucun succès. Gardez-vous de croire qu'il y ait, sous ce rapport, de la différence entre les faits de la chirurgie et ceux de la médecine proprement dite ; si vous laissez s'introduire dans votre esprit l'habitude du doute et de l'indécision dans la pratique médicale, elle ne pourra s'y restreindre, elle s'étendra à tous les actes analogues de la chirurgie ; l'habileté seule de l'opérateur pourra n'en être pas altérée, mais l'indication d'une grave opération, mais les soins à donner aux opérés, aux blessés de toute nature, tomberont également sous l'influence de l'incertitude.

Dans toutes les applications que nous avons à faire des moyens que notre art nous fournit, nous devons être animés par la confiance en ses ressources : comment, sans elle, pourrions-nous conserver le zèle qui doit constamment soutenir et vivifier nos efforts, à travers les fatigues, les dangers, les sacrifices qu'exige notre carrière ? Com-

ment, sans la foi en notre but, oser nous approcher du malheureux qui réclame nos soins? comment pouvoir lui inspirer la confiance dont nous manquons nous-mêmes? Malgré nous, nos doutes, notre indécision se trahiraient, et, loin de pouvoir lui être utiles, notre présence ajouterait à ses maux le pire de tous, le désespoir; et, s'il est du devoir de tout médecin d'inspirer la confiance au malade qu'il veut guérir, puisqu'elle est nécessaire pour atteindre le but qu'il recherche, c'est pour nous, dans notre position spéciale, une obligation plus étroite, un devoir plus sacré. Dans la vie civile, chacun est libre d'appeler le médecin vers lequel sa confiance le porte; l'homme de guerre à qui nous devons nos soins ne nous choisit pas lui-même, nous lui sommes imposés; il a donc le droit de trouver en nous les conditions qui auraient déterminé son choix, s'il avait pu l'opérer librement. Nous en avons accepté la mission, et nous avons surtout à la remplir, lorsque la patrie exige de ceux dont elle nous confie le salut le plus de sacrifices pour la défense de son existence et de sa gloire; elle nous envoie avec eux, près d'eux, au milieu des combats, de toutes les circonstances de guerre, causes de tant de destructions, de tant de maladies, source des épidémies les plus meurtrières. Dès votre entrée dans la carrière, vous êtes heureux de trouver cette confiance déjà tout acquise au corps dont vous faites partie; nous n'avons plus qu'à travailler pour la maintenir, chacun pour la justifier personnellement; nous la devons à nos devanciers, à nos chefs. Les grandes luttes de la république et de l'empire les ont conduits sur un terrain où ils se sont manifestés; ils l'ont obtenu, parce qu'ils réunissaient au savoir, aux qualités qui donnent l'expérience, une foi vive en leur art; cette foi alimentait

le zèle ardent qui les embrasait, pour s'élever et se maintenir à la hauteur de leur ministère, pour suffire aux exigences souvent immenses de leurs fonctions, pour se multiplier partout où il y avait des secours à porter. Par là aussi, messieurs, ils ont gagné pour eux-mêmes la récompense la plus ambitionnée des âmes généreuses : l'amour, la reconnaissance de ceux dont ils ont constamment partagé les travaux, le dévouement, à la gloire desquels ils se sont associés. Quelques-uns en ont obtenu d'éclatants témoignages, que le temps n'effacera jamais.

Nous avons encore à notre tête ces chefs dont la vie nous honore, dont les conseils nous dirigent, dont l'exemple nous encourage. Trop souvent, dans cette enceinte, nous devons déplorer la perte et rendre hommage à la mémoire de ceux que la mort nous enlève. Pourquoi ne ferions-nous pas entendre aussi l'expression de nos regrets envers ceux dont la séparation est moins douloureuse, mais non moins vivement sentie ? Donnons-leur l'assurance publique que, dans leur retraite, ils emportent et conserveront toujours notre reconnaissance, notre vénération !

LISTE

des candidats nommés les premiers dans les concours qui viennent d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement.

CONCOURS DES SOUS-AIDES POUR LE GRADE DE CHIRURGIEN-AIDE-MAJOR.

M. MOREAU (Louis-Marie-Ange).

CONCOURS DES SOUS-AIDES POUR LE GRADE DE PHARMACIEN-AIDE-MAJOR.

M. CHOULETTE (Sébastien).

NÉCROLOGIE.

Peu de jours après la mort de M. Fauché, la pharmacie militaire a fait une nouvelle perte dans la personne de M. Lodibert, ancien pharmacien en chef d'armée.

Bien que, depuis plusieurs années, les longs services de M. Lodibert eussent été récompensés par une honorable retraite, la continuité de son séjour à Paris, sa constante présence à l'Académie royale de médecine et à la Société de pharmacie, où il prenait fréquemment part aux discussions les plus intéressantes, consolaient ses anciens confrères : ils sentaient que s'il avait cessé de faire partie du corps des officiers de santé militaires, du moins, par son influence en matière scientifique, il continuait encore à être leur digne représentant au sein des sociétés savantes.

Le 23 janvier est venu rompre ce dernier lien, pour les livrer tout entiers à une douleur désormais sans compensation.

Les obsèques de M. Lodibert se sont faites, le 26 janvier, à l'église des Missions étrangères, d'où le corps a été porté au cimetière du Sud. Il n'y avait pas encore deux mois que M. Fauché avait été déposé au même champ de repos.

Le convoi était composé d'un grand nombre d'amis, d'officiers de santé de tous grades, en retraite et en activité, de chefs des bureaux de la guerre, d'administrateurs

des hôpitaux militaires et de membres des Sociétés savantes dont M. Lodibert avait fait partie.

Plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe : M. Lecanu a porté la parole au nom de l'Académie royale de médecine ; M. Vée, au nom de la Société de pharmacie de Paris ; tous deux ont exprimé, avec une douleur profondément sentie, les regrets dont ces Sociétés et eux-mêmes étaient pénétrés.

Un de nous, le cœur serré par une vive affliction, est aussi venu, dans ce moment suprême, payer à son ancien ami un juste tribut de reconnaissance et d'attachement. Ce dernier discours traçant d'une manière assez succincte les services, les travaux, les qualités de M. Lodibert, nous avons pensé devoir le placer à la suite de cette notice.

M. Lodibert (Jean-Antoine-Bonaventure) était né à Crest, département de la Drôme, le 14 juillet 1772.

DISCOURS prononcé, le 26 janvier 1840, aux obsèques de M. J.-A.-B. Lodibert, *ancien pharmacien en chef d'armée, etc.; par M. le docteur* P.-I. Jacob, *ancien pharmacien-major des armées.*

Messieurs,

L'honorable confrère dont nous déplorons la perte appartenait, par son âge, à cette génération d'hommes enthousiastes et forts qui, n'écoutant que la voix de la patrie menacée, coururent à la frontière pour servir la France : les uns, de leur épée ; les autres, en se consacrant au soulagement du guerrier malheureux, dans le service des hôpitaux militaires.

Du nombre de ces derniers fut M. Lodibert, ancien pharmacien en chef d'armée ; ancien professeur aux hôpitaux militaires d'instruction ; docteur en médecine de la faculté de Paris et de l'Académie de Leyde ; officier de la Légion d'honneur ; membre de l'Académie royale de médecine, de la Société de pharmacie de Paris ; correspondant de plusieurs Sociétés savantes, nationales et étrangères.

Ce fut presque au sortir du grand collége de Lyon, où il avait fait avec distinction sa philosophie, et après avoir consacré quelques années à l'étude de la pharmacie, que la guerre porta, en 1792, M. Lodibert à l'armée du Nord, avec une commission d'élève dans le corps des officiers de santé militaires.

Doué d'une grande sagacité, ayant du zèle, de l'activité, des connaissances étendues, possédant le goût de l'étude, qu'il a toujours conservé, M. Lodibert ne tarda pas à se faire remarquer de ses chefs. Il fut rapidement porté aux grades supérieurs, et devint, après la bataille de Leipsick, pharmacien en chef de la grande armée. Ainsi, comme il le disait lui-même, il assista à nos premiers triomphes en Belgique, en Hollande, en Allemagne ; et fut témoin de nos derniers revers en Russie, en Saxe, en France et à Waterloo.

Après une lutte longue et acharnée, au moment où la France put goûter les douceurs de la paix, M. Lodibert fut appelé à la première chaire de pharmacie à l'hôpital militaire d'instruction de Lille ; peu de temps après, il fut promu aux mêmes fonctions à celui du Val-de-Grâce. Sa santé, gravement altérée à cette époque, ne lui permit pas de prendre aux travaux de l'enseignement la part active qu'il aurait désirée ; mais il les dirigeait avec sa-

gesse, donnait, aux jeunes gens placés sous ses ordres, des conseils de prudence, des règles de conduite, que plusieurs d'entre eux, encore actuellement au service, sont heureux d'avoir suivis.

Il ne cessa ses fonctions, dans cet important hôpital, que pour passer à celui de la garde royale : c'était alors de l'avancement. Enfin, par mesure administrative, et beaucoup plus tôt que ses confrères ne l'eussent désiré, il fut admis, en 1835, aux droits de jouir d'une honorable retraite.

Dans le cours de ses campagnes, et durant le long séjour qu'il a fait en Hollande, où il a trouvé une nouvelle famille, M. Lodibert ne négligea aucune occasion d'acquérir des connaissances. Son esprit d'observation était sans cesse occupé à rechercher des procédés nouveaux, des faits scientifiques intéressants. C'était une sorte de conquête qu'il aimait à faire sur l'étranger, avec l'intention d'en doter un jour sa patrie, d'en faire, dans l'occasion, une application heureuse.

M. Lodibert signala, le premier, les inconvénients du chlore gazeux pour la sanification des salles habitées ; il proposa de substituer à son emploi celui de l'irrigation de l'eau un peu imprégnée de ce gaz. Les avantages de ce mode de désinfection sont consignés dans sa dissertation : *De hygienæ cum chimiâ connubio.*

L'usage externe des gaz et vapeurs qui possèdent des propriétés médicinales a aussi fixé son attention ; il en a indiqué d'heureux résultats dans une seconde dissertation intitulée : *Essai de thymiatechnie médicale*, qui lui valut l'approbation publique du célèbre Chaussier.

Le premier consul, en visitant le camp de Walcheren, s'enquit des officiers de santé principaux s'ils n'attri-

buaient pas à la mauvaise qualité des eaux la cause des fièvres meurtrières qui désolaient la Zélande : M. Lodibert, l'un d'eux, reconnut dans celle des citernes la présence de l'azote. Ce fait curieux, qu'il a consigné dans un mémoire, a été confirmé et expliqué par M. Thénard, chef d'une commission réunie à Anvers pour l'analyse des eaux de la Zélande et de Cadsandt, et de laquelle M. Lodibert fit partie.

Les recherches chimiques de M. Lodibert lui ont fait découvrir dans le gérofle des Moluques une matière cristalline dont celui de Cayenne est presque dépourvu, *la cariophylline*. Il fit cette découverte longtemps avant qu'on ne s'avisât de chercher un principe alcaloïde particulier dans chaque substance végétale énergique ou de haute saveur.

Au Val-de-Grâce, dans les solennités de l'enseignement, M. Lodibert a traité des sujets qui intéressaient essentiellement le corps auquel il appartenait : tels que la législation et l'historique des hôpitaux d'instruction ; les services rendus à la science et à l'humanité par les officiers de santé militaires, sous les divers gouvernements qui ont régi la France. Il avait, en outre, tracé différents projets de réorganisation du service de santé militaire, dont son expérience lui avait fait reconnaître l'utilité. Ces projets furent encore, pour lui, le sujet de plusieurs discours inauguraux. Il pensait que plusieurs de ses vues auraient pu être adoptées à l'avantage du service et des officiers de santé.

Tels furent, messieurs, les services, les travaux de M. Lodibert ; tels sont les titres qu'il s'est acquis à l'estime des savants, à la reconnaissance des hommes.

Ceux qui l'ont particulièrement connu savent combien

il était bon, sensible, aimant, empressé à aider ses subordonnés des conseils de son expérience ou à les appuyer de son crédit. La justesse de son esprit, la maturité de sa raison, la variété de ses connaissances, sa prodigieuse mémoire, lui donnaient de grands avantages dans les discussions scientifiques où il s'engageait volontiers, soit avec ses amis, soit au sein des académies dont il était membre.

M. Lodibert possédait une élégance de manières, une aménité de caractère, une noblesse de procédés, une sûreté de commerce, qui exerçaient une sorte de séduction et commandaient l'affection. Aussi compta-t-il au nombre de ses amis tous les hommes estimables et éminents qu'il rencontra dans sa longue carrière; et, pour ne parler que de ceux qui ne sont plus, je citerai Parmentier, Campsiègre, Chaumeton, Métras, Judas, Fournier, Vaidy, Sérullas, Laubert, Desgenettes, Broussais, Fauché.... La perte toute récente de ce dernier est venue l'affliger sur son lit de mort.

Peu d'hommes savent mourir avec autant de tranquillité d'âme que mourut M. Lodibert. Atteint d'une maladie longue et douloureuse, sur l'issue de laquelle il ne s'est pas un instant fait illusion, malgré les soins les plus affectueux et les mieux entendus, il est mort avec la résignation d'un sage, jugeant lui-même son état, dictant ses dernières volontés, mettant ordre à ses affaires avec autant de calme que s'il ne s'agissait que d'un voyage. C'est qu'en effet, messieurs, pour l'homme qui s'est élevé à de hautes pensées, la mort n'est qu'un voyage à l'éternité !

Ami cher et vénéré, c'est au nom de tes anciens confrères, au nom de la pharmacie militaire que tu honoras

par tes vertus, tes talents, ton noble caractère, qu'une voix qui te fut longtemps chère t'adresse un dernier adieu!... Les amis que tu laisses sur cette terre ne t'oublieront jamais, tant qu'ils conserveront eux-mêmes un reste de vie!

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS CE VOLUME.

